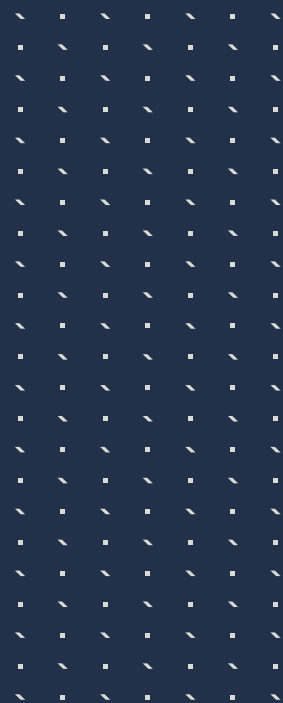


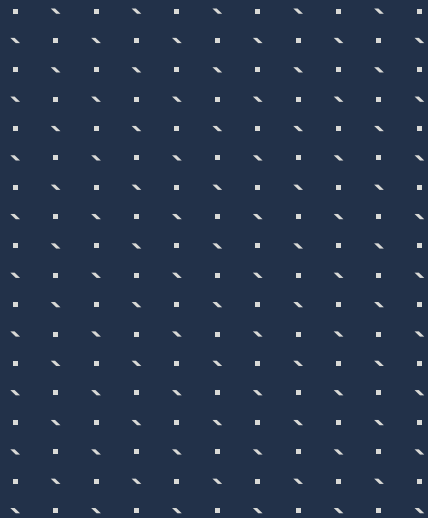
RYMARZ • ZDORT \ MARUTA

RAPORT REGULACYJNY

**Poprawa ochrony
zdrowia psychicznego
dzieci i młodzieży
w Polsce**



Projekt
zrealizował
zespół Life
Sciences
kancelarii
Rymarz Zdort
Maruta we
współpracy
z UNICEF Polska



NADZÓR MERYTORYCZNY

Dr Anna Partyka-Opiela
Partner

REDAKCJA

Maria Papis, Associate

AUTORZY

Dr Paweł Kaźmierczyk
Senior Associate

Maria Papis
Associate

Julia Nowosielska-Łaskawiec
Associate

Jan Bednarski
Associate



Dr Anna Partyka-Opiela
Partner



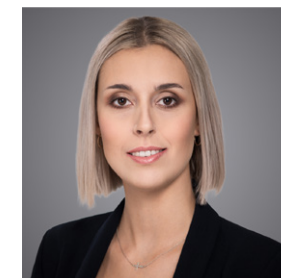
Dr Paweł Kaźmierczyk
Senior Associate



Maria Papis
Associate



Jan Bednarski
Associate



Julia Nowosielska-Łaskawiec
Associate

AUTORZY RAPORTU

RYMARZ • ZDORT • MARUTA

PATRONI



PARTNERZY STRATEGICZNI



PARTNERZY



Z GOŚCINNYM UDZIAŁEM MŁODZIEŻY



ORAZ GŁOSEM SEKTORA PUBLICZNEGO



Wykaz skrótów i aktów prawnych • 5

Przedmowa • 7

Potrzeba współpracy • 9

Metodyka • 10

STAN FAKTYCZNY

Kontekst • 13

Wyniki badań i statystyki • 17

ANALIZA REGULACYJNA

Ochrona zdrowia • 28

Oświata • 56

Nowe technologie • 71

Rola sektora prywatnego
i organizacji pozarządowych • 88

DOBRE PRAKTYKI

Ministerstwo Sprawiedliwości • 103

UNICEF Polska • 107

Trzy obszary zrównoważonego rozwoju • 110

Jak wspieramy studentów APS? • 113

Aktywne działanie kluczem do sukcesu • 115

Czy sektor prywatny może wspierać zdrowie
psychiczne młodego pokolenia? • 117

Wpływ środowiska na dobrostan najmłodszych • 120

S jak strategia zorientowana na człowieka • 123

Budujemy wspierające otoczenie dla młodych osób
w kryzysie psychicznym • 125

Jak aktywność fizyczna może pomóc w ochronie
zdrowia psychicznego? • 129

Ruch jako czynnik antydepresyjny • 132

Wspieramy zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży •
133

Szpital z oddziałami psychiatrycznymi Centrum
Zdrowia Psychicznego MindHealth • 136

MENTALIO – wyrób medyczny klasy IIa, typu SaaS •
139

Wierzymy w moc współpracy • 142

KLUCZOWE WNIOSKI

Podziękowania • 152



Wykaz skrótów i aktów prawnych

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2123 z późn. zm.)

Narodowy Program Zdrowia

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz. U. poz. 642)

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 (Dz. U. poz. 2480)

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1516 z późn. zm.)

Ustawa o zawodzie psychologa

Ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1026)

Ustawa o izbach lekarskich

Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1342)

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146)

Ustawa o refundacji

Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 826 z późn. zm.)

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 581)

Prawo oświatowe

Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 737)

Ustawa o ochronie danych osobowych

Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781)

Ustawa o prawie autorskim i prawach pokrewnych

Ustawa z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2509)

Ustawa o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji

Ustawa z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1233)

Ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów alkoholowych

Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 700 z późn. zm.)

Prawo farmaceutyczne

Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 686)
Kodeks postępowania karnego (k.p.k.)
Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 37 z późn. zm.)

Regulamin urzędowania sądów powszechnych

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 18 czerwca 2019 r. – Regulamin urzędowania sądów powszechnych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2514 z późn. zm.)

Ustawa Kamilka

Ustawa z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1606)

Kodeks rodzinny i opiekuńczy

Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 2809 z późn. zm.)

Rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 listopada 2021 r. w sprawie programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 147)

Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285 z późn. zm.)

Ustawa o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia

Ustawa z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 506 z późn. zm.)

Rozporządzenie w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie specjalizacji

w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1771)

Rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1324)

Rozporządzenie w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. poz. 977 z późn. zm.)

Rozporządzenie w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz

podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz. U. poz. 356 z późn. zm.)

Rozporządzenie w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1798)

DSA

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2022/2065 z dnia 19 października 2022 r. w sprawie jednolitego rynku usług cyfrowych oraz zmiany dyrektywy 2000/31/WE (akt o usługach cyfrowych) (Dz. U. UE. L. z 2022 r. Nr 277, str. 1 z późn. zm.)

AI Act

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady ustanawiające zharmonizowane przepisy dotyczące sztucznej inteligencji (akt w sprawie sztucznej inteligencji) [wniosek]

Rozporządzenie 2021/1232

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1232 z dnia 14 lipca 2021 r. w sprawie tymczasowego odstępstwa od niektórych przepisów dyrektywy 2002/58/WE w odniesieniu do wykorzystywania technologii przez dostawców usług łączności interpersonalnej niewykorzystujących numerów do przetwarzania danych osobowych i innych danych do celów zwalczania niegodziwego traktowania dzieci w celach seksualnych w internecie (Dz. U. UE. L. z 2021 r. Nr 274, str. 41 z późn. zm.)

Rozporządzenie e-IDAS

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 z dnia 23 lipca 2014 r. w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym oraz uchylające dyrektywę 1999/93/WE (Dz. U. UE. L. z 2014 r. Nr 257, str. 73 z późn. zm.)

Rozporządzenie w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 791)

Przedmowa

Na całym świecie zaburzenia zdrowia psychicznego są istotną, niestety często pomijaną przyczyną cierpienia młodych ludzi, która wpływa na możliwość rozwoju pełni ich potencjału. UNICEF szacuje, że na świecie blisko 13% nastolatków w wieku od 10 do 19 lat żyje ze zdiagnozowanymi zaburzeniami zdrowia psychicznego¹.

¹ Przez „zdrowie psychiczne” rozumiemy, za Światową Organizacją Zdrowia, stan dobrego samopoczucia psychicznego, który umożliwia ludziom radzenie sobie ze stresem w życiu, wykorzystywanie zdolności, uczenie się, pracowanie oraz wnoszenie wkładu na rzecz swojej społeczności. Zdrowie psychiczne jest integralnym elementem zdrowia i dobrego samopoczucia, który leży u podstaw naszych indywidualnych i zbiorowych zdolności do podejmowania decyzji, budowania relacji i kształtowania świata, w którym żyjemy. Jest także podstawowym prawem człowieka. Więcej: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> [dostęp: 15.04.2024].



Dr Anna
Partyka-Opiela



Maria Papis

W samej Unii Europejskiej liczba ta sięga 11,2 miliona. Globalnie prawie 46 tys. nastolatków co roku popełnia samobójstwo, co statystycznie oznacza śmierć 1 dziecka co 11 minut. To jedna z pięciu najczęstszych przyczyn zgonu wśród tej grupy wiekowej. W Europie na ten dramatyczny krok decyduje się każdego roku

w Europie niemal 1 200 młodych osób. Połowa z zaburzeń zdrowia psychicznego zaczyna się przed 14. rokiem życia i często pozostaje nieleczona. Ogromny wpływ na pogorszenie kondycji zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży miała pandemia, która dodatkowo spotęgowała problemy związane ze zdrowiem psychicznym. Pomimo

pogłębiających się problemów dla zapewnienia odpowiedniej opieki nad zdrowiem psychicznym nadal brakuje środków finansowych i lekarzy: globalnie średnio tylko 2% wydatków budżetowych państw na ochronę zdrowia jest przeznaczanych na zdrowie psychiczne, a liczba lekarzy psychiatrów specjalizujących się w pracy z dziećmi i młodzieżą wynosi mniej niż 0,1 na 100 000, a w samych krajach wysokorozwiniętych stosunek ten wynosi 5,5 na 100 000².

Dane te potwierdzają tezę, która w ostatnich latach wybrzmiewa coraz głośniejsze i szerzej: system ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce jest niewystarczający, a jego reforma nie przyniosła jeszcze oczekiwanych rezultatów. Problemy i wyzwania w zakresie braku dostępności, niedofinansowania i niskiego stanu jakości ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży

2 Treść opracowana na podstawie Raportu UNICEF The State of The World's Children. On My Mind. Promoting, protecting and caring for children's mental health, UNICEF, Nowy Jork, Październik 2021.

są problemem większości krajów, w tym także Polski, i rosną³. Brakuje też kompleksowych i sprawdzonych działań sektora prywatnego w tym obszarze.

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży jest jednym z czterech globalnych priorytetów UNICEF na lata 2021–2025. Główne aktywności w tym obszarze zakładają w szczególności prowadzenie działań rzeczniczych na rzecz zdrowia psychicznego, zbieranie danych i prowadzenie badań, wzmocnienie systemów opieki i usług w zakresie zdrowia psychicznego oraz wspieranie profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego. Dzięki współpracy kancelarii Rymarz Zdort Maruta oraz UNICEF Polska mamy zaszczyt oddać w Państwa ręce tę publikację, która jest zwińczeniem wielu miesięcy współpracy

3 Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*. Raport do pobrania na stronie: <https://fdds.pl/co-robimy/raporty-z-badan/2022/dzieci-sie-licza-2022.html> [dostęp: 15.04.2024].

strony publicznej i prywatnej, organizacji społecznych, prawników, ekspertów i praktyków. Zawarliśmy w niej kompleksową analizę potrzeb oraz regulacji prawnych, a co najważniejsze – rekomendacje konkretnych zmian prawnych i pozaprawnych, które mogą realnie przyczynić się do poprawy sytuacji ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce.

Raport ma na celu:

- zidentyfikowanie kluczowych problemów zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży⁴ w Polsce;
- opracowanie propozycji rozwiązań prawnych i pozaprawnych umożliwiających poprawę sytuacji dzieci i młodzieży w obszarze zdrowia psychicznego, w tym przygotowanie podstaw do ewentualnych zmian legislacyjnych i opracowań systemowych;

4 Przez „dzieci i młodzież” na potrzeby raportu rozumiemy osoby do ukończenia przez nie 18. roku życia. Zakres raportu nie obejmuje ochrony zdrowia psychicznego osób dorosłych.

- wskazanie dobrych praktyk w tym obszarze;
- zwrócenie uwagi decydentów na obszary, które mogą stanowić istotny element wsparcia systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce.

Mamy nadzieję, że raport będzie stanowić punkt wyjścia do dalszej dyskusji o potrzebnych zmianach systemowych ze stroną publiczną oraz zbiór dobrych praktyk dla sektora prywatnego.

Potrzeba współpracy

Współpraca to słowo klucz w ochronie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Mając na uwadze znaczący wzrost liczby dzieci i nastolatków potrzebujących specjalistycznej opieki w obszarze psychiatrii wieku rozwojowego, należy pamiętać, że bez współpracy z całym środowiskiem, w którym małaletnia osoba funkcjonuje, nie da jej się skutecznie pomóc.

Współpraca ze wszystkimi resortami jest niezwykle ważna i potrzebna, a w odniesieniu do najmłodszych szczególnie z resortem edukacji. Aktywność w psychiatrii wieku rozwojowego funkcjonuje w oparciu o dynamikę roku szkolnego, gdzie w miesiącach poza okresami wakacji, ferii i dni wolnych od zajęć liczba małaletnich pacjentów zarówno w opiece środowiskowej, ambulatoryjnej jak i stacjonarnej znacząco rośnie. Na przestrzeni ostatnich czterech lat, od kiedy jest wdrażany nowy model opieki w obszarze psychiatrii dzieci

i młodzieży, wyraźnie widzimy, że bez współpracy międzysektorowej i zmianach w innych resortach, w tym bez wsparcia profilaktyki zaburzeń psychicznych, efektywna pomoc jest trudna do osiągnięcia.

Należy zatem bezwzględnie uwzględnić przedstawione w tym raporcie rekomendacje odnoszące się do działań poszczególnych resortów, ponieważ współpraca i uważne współdziałanie są kluczowe, żeby zapobiegać zaburzeniom psychicznym oraz żeby je skutecznie leczyć.

Warto mieć na uwadze, że w etiopatogenezie zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży znaczącą rolę odgrywają czynniki środowiskowe, czyli te, na które szczególnie my dorośli mamy wpływ. Zadbajmy zatem wspólnie o dobrostan naszych dzieci i w gruncie rzeczy całego społeczeństwa, wprowadzając takie działania i rozwiązania, które uwzględniają wnikliwie aktualne problemy, potrzeby i możliwe rozwiązania, nie zapominając o ważnym głosie najmłodszego pokolenia.



Dr n.med. Aleksandra
Lewandowska
Konsultant Krajowa
w dziedzinie psychiatrii
dzieci i młodzieży

Metodyka

Raport stanowi wynik analizy prawnej oraz pozaprawnej koordynowanej przez prawników z kancelarii Rymarz Zdort Maruta oraz UNICEF Polska.

Żeby zagwarantować odpowiedni poziom i przydatność raportu, do udziału w inicjatywie w charakterze Komitetu Doradczego zaprosiliśmy także:

- przedstawicieli strony publicznej (Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Edukacji Narodowej, Ministerstwa Sprawiedliwości, Rzecznika Praw Dziecka);
- przedstawicieli trzeciego sektora (Polskiego Stowarzyszenia ESG, Forum Odpowiedzialnego Biznesu, Fundacji Centrum Innowacyjnej Edukacji, Fundacji Nie Widać Po Mnie, Fundacji My Pacjenci);
- praktyków z Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej;
- ekspertów z zakresu ochrony zdrowia psychicznego (m.in. dr hab. n. med. Macieja Pileckiego, dr hab. prof. Uniwersytetu SWPS Tomasz Grzyba, dr Tomasz Rowiński, zastępcę dyrektora Instytutu Psychologii UKSW czy prof. dr hab. Bartosza Molika, rektora AWF);
- przedstawicieli firm partnerskich raportu oraz
- młodzież z III Liceum Ogólnokształcącego im. Marynarki Wojennej RP w Gdyni z prezentacją na temat „Szanse i zagrożenia AI w kontekście zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży”.



Publikacja składa się z trzech części.

W pierwszej części opisaliśmy **stan faktyczny**: problemy i potrzeby, z jakimi mierzą się dzieci i młodzież. W tym celu sięgnęliśmy do wyników badań, doświadczeń organizacji społecznych (np. UNICEF Polska) oraz wypowiedzi ekspertów.

W drugiej części przeprowadziliśmy **analizę stanu prawnego**: otoczenia regulacyjnego w obszarze ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz praktyki jego funkcjonowania w realiach krajowego systemu ochrony zdrowia. Zrealizowaliśmy ją według schematu potrzeba-problem-rozwiązanie:

- wskazaliśmy **potrzeby** związane z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia psychicznego;
- zwróciliśmy uwagę na **bariery** prawne⁵, przez które zidentyfikowane potrzeby nie

⁵ Przez „bariery prawne” rozumiemy na przykład nieadekwatne do potrzeb zakazy lub nakazy, wadliwie zaprojektowane rozwiązania prawne czy luki prawne.

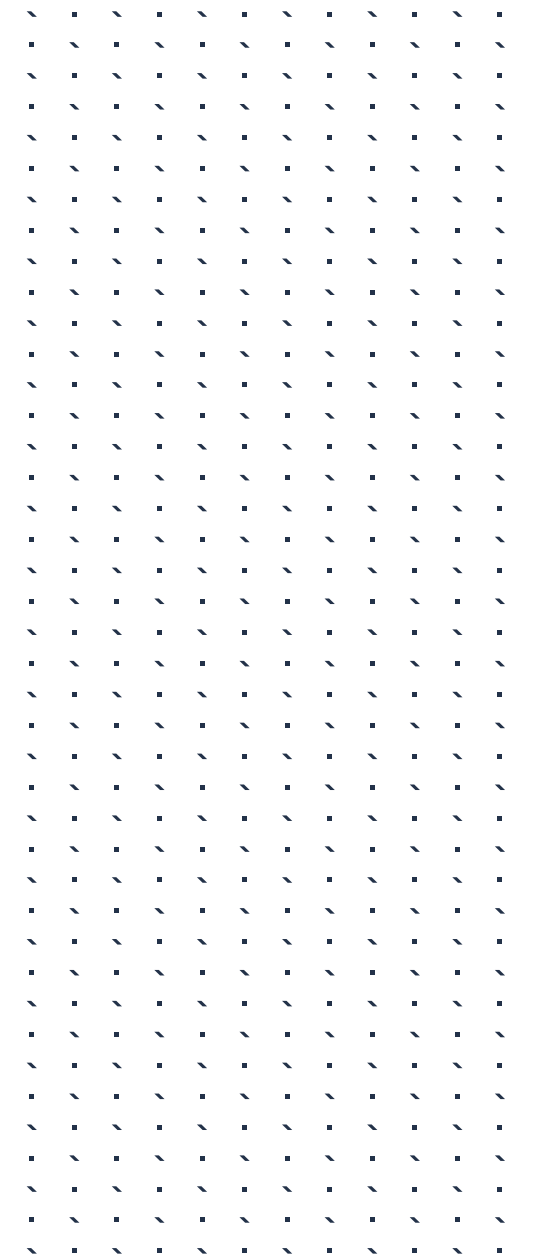
- mogą być zrealizowane; zaproponowaliśmy rozwiązania prawne, które mogą wpłynąć na poprawę ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce.

W trzeciej części opisaliśmy **rolę podmiotów prywatnych oraz trzeciego sektora we wspieraniu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży** oraz zebraliśmy **dobre praktyki** podejmowane przez patronów i partnerów raportu, które mogą stanowić dla całego rynku inspirację do działania, a także pokazać stronie publicznej, w jaki sposób może wykorzystać potencjał tych podmiotów w swoich aktywnościach.

Raport ma charakter prawno-informacyjny, identyfikujący szanse i problemy prawne oraz dobre praktyki z zakresu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Celem projektu nie jest ustalenie określonych praktyk, przedstawienie wiążących rekomendacji ani wywarcie wpływu na odbiorców. Nie wyczerpuje on też całości

problematyki ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, lecz skupia się na wybranych aspektach, które autorzy raportu uznali za najbardziej istotne. Przedmiotem raportu nie są w szczególności kwestie dotyczące pomocy społecznej dla potrzebujących rodzin z dziećmi, sytuacja dzieci z niepełnosprawnościami i ich rodzin ani leczenie uzależnień.

Raport prezentuje stan faktyczny i prawny na dzień 17.06.2024.

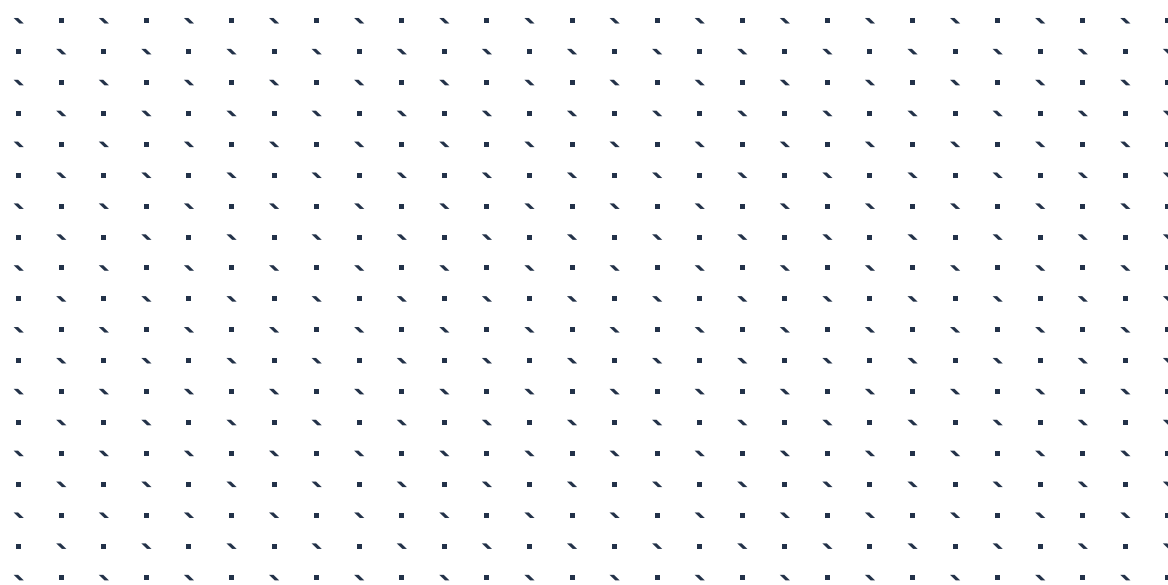


STAN FAKTYCZNY



Kontekst

Zdrowie psychiczne stanowi jeden z najważniejszych czynników wpływających na jakość życia każdego człowieka. Kryzysy zdrowia psychicznego, zaburzenia oraz brak odpowiedniej wiedzy, jak sobie z nimi radzić, mogą negatywnie wpłynąć na nasze codzienne funkcjonowanie. Szczególnie wrażliwą grupą są dzieci i młodzież.



Smutek, stres, frustracja oraz cały wachlarz innych emocji, jakich doświadczają młodzi ludzie, są na stałe wpisane w proces dojrzewania. Jeśli jednak dziecko odczuwa zbyt długo negatywne emocje i nie jest w stanie sobie z nimi poradzić, a dodatkowo wpływają one na jego relacje społeczne oraz funkcjonowanie np. w szkole, może to oznaczać, że konieczna jest interwencja specjalisty.

Rozwój psychiczny każdego dziecka ma charakter indywidualny.

Determinują go różne czynniki, które oddziałują na niego stymulująco lub hamująco, i wraz z rozwojem dziecka przenikają się i ewoluują. Istotny wpływ na rozwój właściwości psychicznych najmłodszych mają uwarunkowania takie jak rodzina, wychowanie, nauka (szkoła), rówieśnicy, uwarunkowania genetyczne czy nowe technologie⁶.

⁶ E. Kopeć, *Wiedza rodziców o potrzebach psychofizycznych dziecka w wieku wczesnoszkolnym*, Studia Gdańskie 2013/33, s. 165 i n. oraz cytowane tam źródła.

EKOSYSTEM OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO DZIECI I MŁODZIEŻY⁷

W życiu dziecka, od wczesnego dzieciństwa do okresu nastoletniego, fundamentalną kwestią wpływającą na kształtowanie się jego cech rozwojowych jest środowisko społeczne, na przykład rodzinne (naturalne, adopcyjne, zastępcze, dom dziecka), rówieśnicze (przedszkolne, szkolne), lokalne (sąsiedzkie), szkolne (nauczyciele) czy inne (np. internetowe). Interakcje środowiskowe mogą mieć zarówno pozytywny wpływ (empatyczna rodzina, motywująca szkoła, przyjaźń), jak i stwarzać niebezpieczeństwo dla zdrowia psychicznego dziecka (np. niekorzystne uwarunkowania ekonomiczne, przemoc, wzorzec uzależnień, błędy wychowawcze). Również brak takich interakcji może stanowić przyczynę pogorszenia

⁷ Opracowanie własne na podstawie wniosków ze spotkania Komitetu Doradczego. W raporcie nie omawiamy szerzej potrzeb, problemów i rozwiązań związanych z okresem ciąży. Wskazaliśmy jednak ten okres, jako że czynniki sprzed narodzin dziecka również mają wpływ na powstawanie zaburzeń zdrowia psychicznego wśród najmłodszych.

- dobrostan matki
- (nad)używanie np. leków, alkoholu, papierosów przez matkę
- więź między rodzicami a mającym się narodzić dzieckiem
- uwarunkowania genetyczne
- sytuacja ekonomiczna rodziny dziecka
- powikłania okołoporodowe

- liceum
- osiągnięcia
- plany na przyszłość
- związki
- samodzielność
- samoakceptacja
- uzależnienia (alkohol, niktyna, substancje psychoaktywne)
- świadomość problemów ekonomiczno-społecznych (pieniądze, zmiany klimatu, dyskryminacja, konflikty światowe...)



się kondycji zdrowia psychicznego (np. izolacja społeczna w wyniku pandemii COVID-19).

Na najwcześniejszym etapie rozwoju główny wpływ na zdrowie psychiczne ma **świat dziecka** – do którego należą jego rodzice oraz opiekunowie. W tym świecie kluczowe jest odpowiednie odżywianie, stabilny i bezpieczny dom oraz kompetentni i zaangażowani opiekunowie.

W miarę jak świat, w którym funkcjonuje dziecko, zaczyna wykraczać poza dom, sfera wpływu również zaczyna się poszerzać. **Świat wokół dziecka** obejmuje wszystkie przestrzenie, w których dziecko funkcjonuje – przedszkole, szkołę, przestrzeń online. We wszystkich tych sferach dziecko musi mieć zapewnione bezpieczeństwo i odpowiednią ochronę, a także mieć możliwość budowania prawidłowych i zdrowych relacji z innymi osobami.

Trzecia sfera wpływu, która odgrywa znaczącą rolę dla kształtowania zdrowia psychicznego dziecka, to świat jako całość. **Świat jako całość**

obejmuje procesy i uwarunkowania społeczne, takie jak ubóstwo, katastrofy, konflikty, dyskryminacja, migracje i pandemie. Mogą one istotnie wpływać na życie dzieci i młodzieży. Świat zewnętrzny do pewnego momentu odgrywa główną rolę przede wszystkim w życiu opiekunów, ale gdy dzieci dorastają i stają się nastolatkami, świat jako całość zaczyna oddziaływać już bezpośrednio na nich, ich zdrowie psychiczne oraz determinować ich przyszłość.

Organizowanie wspierającego systemu społecznego ma na celu optymalizowanie wpływów zewnętrznych przez wykorzystanie pozytywnych, a niwelowanie lub modyfikowanie niekorzystnych aspektów środowiska. Może to nastąpić na przykład przez uczenie sposobów radzenia sobie z trudnościami czy wyciągania wniosków ze wszystkich doświadczeń życiowych, pomaganie w przełamywaniu kryzysów rozwojowych, kształtowanie skutecznych mechanizmów

Sfery wpływu

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży jest kształtowane przez wiele czynników – tych biologicznych, ale również czynniki zewnętrzne – takie jak ich doświadczenia i środowisko, w którym funkcjonują. Można je podzielić na **trzy sfery**:

ŚWIAT JAKO CAŁOŚĆ – czyli społeczne determinanty o najszerzej skali – takie jak ubóstwo, kataklizmy, konflikty, dyskryminacja, migracje czy pandemia

ŚWIAT WOKÓŁ DZIECKA – odzwierciedla bezpieczeństwo – w życiu codziennym dziecka, w przestrzeni online, szkole, obejmuje także relacje w szkołach i społecznościach, w których funkcjonuje dziecko

ŚWIAT DZIECKA – to świat opiekunów i rodziny dziecka. Odpowiednie odżywianie, bezpieczny dom, zaangażowani i wspierający opiekunowie – stanowią fundament zdrowia psychicznego dziecka

Sfery wpływu w dynamiczny i ewoluujący sposób kształtują zdrowie psychiczne człowieka na każdym etapie jego życia – od okresu prenatalnego, poprzez dzieciństwo i okres dojrzewania, aż po dorosłość.

Treść i grafiki opracowane na podstawie Raportu UNICEF The State of The World's Children. On My Mind. Promoting, protecting and caring for children's mental health, Nowy Jork, październik 2021.



radzenia sobie z wszelkiego rodzaju trudnościami czy budowę kompetencji społecznych⁸. Urzeczywistnieniu tych założeń służy proces wychowania realizowany zarówno przez podmioty naturalne (np. rodzina), instytucjonalne (np. szkoła), jak i pozainstytucjonalne (np. instytucje kulturalne). W tym procesie nieocenioną rolę pełnią: sektor publiczny (państwo – krajowy system ochrony zdrowia), prywatny (przedsiębiorstwa wspierające działania na rzecz ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży) oraz tzw. trzeci sektor (organizacje społeczne – nagłaśniające występujące problemy i nawołujące do przeciwdziałania im); przy czym to na sektorze publicznym ciąży największa odpowiedzialność z uwagi na kształtowanie całej polityki państwa, systemu ochrony zdrowia czy edukacji także w tym obszarze.

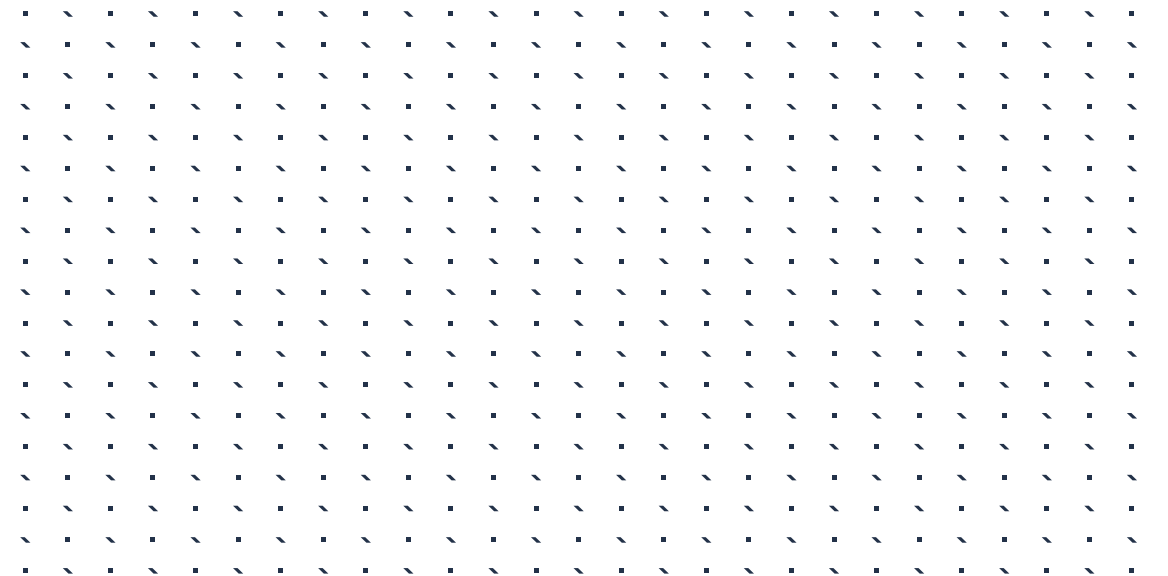
Zrozumienie, jakie czynniki wpływają na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, jest kluczem do

znalezienia potrzeb, jakie odczuwają najmłodszy oraz problemów, z jakimi się mierzą – a tym samym do wskazania rozwiązań, które mogą wpłynąć na poprawę sytuacji w tym obszarze. Identyfikacja zagrożeń dla dobrostanu psychicznego stanowi niezbędny element dla możliwości sformułowania odpowiednich programów i polityk, które będą promowały i chroniły zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Warto podkreślić, że dany czynnik w zależności od sytuacji może stanowić czynnik ochronny albo ryzyka. Na przykład bezpieczna, wolna od przemocy rówieśniczej szkoła będzie stanowić czynnik ochronny. Jeśli jednak jest odwrotnie – zaliczymy ją już jako czynnik ryzyka. Z tego powodu tak ważne jest określenie ekosystemu, z jakim dzieci i młodzież pozostają w ścisłej zależności w trakcie swojego rozwoju psychofizycznego, a także odniesienie go do indywidualnej sytuacji każdego dziecka.

⁸ D. Becelewska, *Repetytorium z rozwoju człowieka*, Jelenia Góra 2006, s. 29 i n.

Wyniki badań i statystyki

Rozważania na temat potrzeb, problemów i możliwych zmian systemowych warto rozpocząć od nakreślenia charakterystyki i podstawowych informacji o stanie faktycznym ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce, w tym o zachodzących zmianach o charakterze systemowym.



Samopoczucie psychiczne dzieci i młodzieży

Dla określenia potrzeb dzieci i młodzieży niezwykle ważną kwestią jest uwzględnienie ich perspektywy – subiektywnego poczucia szczęścia, satysfakcji z życia czy dostarczania różnych emocji.

Z badania przeprowadzonego przez Biuro Rzecznika Praw Dziecka⁹ wynika, iż **jedynie 6 na 10 dzieci i młodzieży postrzega swoje życie jako pełne radości**. Odsetek ten jest zdecydowanie mniejszy wśród

⁹ Biuro Rzecznika Praw Dziecka, *Badanie jakości życia dzieci i młodzieży w Polsce*, Warszawa 2023. Pełna treść: <https://brpd.gov.pl/wp-content/uploads/2023/11/Raport-z-bada%C5%84-Rzecznika-Praw-Dziecka-Jako%C5%9B%C4%87-z%CC%87ycia-dzieci-i-m%C5%82odziej%CC%87y-w-2023-r..pdf>.

najstarszej badanej grupy (2 klasy szkoły ponadpodstawowej) i wynosi 45%. Jednocześnie co piąty badany uczeń w tym wieku stwierdza, iż wcale lub tylko trochę odczuwa radość w życiu. Informacje te potwierdzają dane dotyczące dobrego nastroju – 13% nastolatków (uczniowie 6 klasy szkoły podstawowej) i 19% młodzieży (2 klasa szkoły ponadpodstawowej) jest zdania, że prawie wcale nie miewa dobrego nastroju.

Alarmujący charakter mają także dane wskazujące, że smutek i samotność towarzyszą co szóstemu uczniowi szkoły ponadpodstawowej, a złe samopoczucie odbierające chęci do działania prawie jednej czwartej z nich (24%). Należy zaznaczyć, że smutek czy poczucie samotności bardzo rzadko jest natomiast odczuwane przez najmłodszą grupę dzieci (uczniowie 2 klasy szkoły podstawowej) – ok. 6%

badanych. **Z wiekiem na pytanie „jak często w ostatnim tygodniu byłeś zadowolony z tego, jaki jesteś?” coraz większy odsetek młodych ludzi udziela odpowiedzi „nigdy” albo „rzadko”**. O ile co dziesiąty drugoklasista ze szkoły podstawowej nie jest z siebie zadowolony (9%), to w przypadku młodzieży z liceów i techników wynik ten sięga już 33%.

Odczuwanie negatywnych emocji czy braku radości w życiu mocno koresponduje nie tylko z wiekiem badanych, ale również z ich płcią czy statusem materialnym rodziny. Znacznie więcej uczennic niż uczniów poddaje się autokrytyce (w szkole ponadpodstawowej – aż 39% uczennic). Niekorzystny obraz siebie mają także osoby z rodzin w gorszej sytuacji materialnej.

Dopełnieniem tego obrazu są najnowsze wyniki badania PISA, przeprowadzonego wśród 15-latków z 25 krajów Unii Europejskiej¹⁰. Wynika

¹⁰ Raport UNICEF, *The State of Children in the European Union – addressing the needs and rights of the EU's youngest generation, 2024*, s. 22.

z nich, że 71% dzieci jest zadowolonych z życia (samoocena powyżej 5 na 10). W Polsce ten wskaźnik jest jednak jednym z najniższych w Europie i plasuje nasz kraj na przedostatnim miejscu – odsetek polskich 15-latków zadowolonych z życia wynosi 64%.



Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży

Kryzys w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce, podobnie jak w innych krajach, z roku na rok dotyka coraz większą liczbę najmłodszych.

Dużo informacji w zakresie skali zaburzeń psychicznych wśród najmłodszych dostarcza badanie EZOP II prowadzone przez Instytut Psychiatrii i Neurologii. Opublikowane w 2021 roku wyniki¹¹ ukazują nie tylko stopień natężenia problemu, ale również zwracają uwagę na wymiary nierówności w zdrowiu psychicznym oraz ich społeczno-demograficzne determinanty.

W najmłodszej grupie dzieci do 6. roku życia wśród najczęściej występujących zaburzeń znajdują się zaburzenia emocjonalno-afektywne, adaptacyjne, komunikacji społecznej oraz interakcji z innymi osobami.

¹¹ Dostępne do pobrania na stronie: <https://ezop.edu.pl/wyniki-badania/>.

Ogólnie zaburzenia rozwojowe dotyczą ok. 16% populacji dzieci w tym wieku, co odpowiada 420 tys. chłopców i dziewczynek. Alarmującą informacją w tym zakresie jest fakt, iż rozpowszechnienie tych zaburzeń jest prawie dwukrotnie wyższe na obszarach wiejskich niż w miastach – szacuje się, że co piąte dziecko mieszkające na wsi cierpi na jakieś zaburzenia rozwojowe.

W przypadku starszych dzieci jakiegokolwiek biegnące zaburzenia psychiczne zaobserwowano u 11,0% dzieci w wieku 7–11 lat, a wśród młodzieży w wieku 12–17 lat – u 15,4% badanych, co przekłada się na ok. 568 tys. dzieci. **Wzrost nasilenia zaburzeń psychicznych jest szczególnie wyraźny w przypadku młodzieży w wieku 16–17 lat, co oznacza, że czas dojrzewania jest wyjątkowo wrażliwym rozwojowo okresem**. Warto także podkreślić, że w młodszej grupie wiekowej (dzieci) przeważają zaburzenia internalizacyjne, przede wszystkim fobie. Natomiast wśród młodzieży dominują zaburzenia eksternalizacyjne – rosną wskaźniki

rozpowszechnienia zaburzeń obejmujących m.in.: zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, depresyjne, związane z pićm alkoholu czy nadużywaniem substancji psychoaktywnych. Czynnikiem rozróżniającym jest także status socjalny rodziny. W przypadku dzieci i młodzieży z rodzin korzystających z pomocy społecznej rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych jest większe niż w przypadku dzieci z pozostałych rodzin.

Uzupełnieniem powyższego obrazu sytuacji dzieci i młodzieży są informacje dotyczące zamachów samobójczych. Publikowane przez Komendę Główną Policji dane¹² nie pozostawiają złudzeń i pokazują, że tendencja w tym zakresie jest stale rosnąca, szczególnie w grupie 13-18-latków. **Liczba zamachów samobójczych wśród dzieci poniżej 18 roku życia zwiększyła się z 730 w 2017 roku do 2139 w 2023**

¹² Dostępne do pobrania na stronie: <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html>.

roku. Jednocześnie w 2023 roku 145 z tych zamachów zostało zakończonych zgonem.

W tym miejscu warto wskazać, że statystyki dotyczące samobójstw nie pozostają bez odzewu. **W 2016 roku przy Radzie ds. Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia powołany został interdyscyplinarny Zespół Roboczy ds. prewencji samobójstw i depresji.** To wydarzenie formalnie zapoczątkowało systemowe działania w zakresie prewencji suicydalnej w Polsce. Dzięki wspólnej pracy kilkudziesięciu naukowców i praktyków z różnych dziedzin w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 powstał pierwszy w Polsce **Krajowy Program Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym**, a w ramach celu operacyjnego 3 (promocja zdrowia psychicznego) w części dotyczącej zapobiegania zachowaniom samobójczym zaproponowany został katalog 10 zadań z zakresu zapobiegania zachowaniom samobójczym. Jednym z nich jest rozwój kompetencji pracowników ochrony zdrowia, pracowników

oświaty, pomocy społecznej, służb mundurowych, osób duchownych i innych grup zawodowych w zakresie wczesnego wykrywania symptomów zachowań samobójczych oraz podejmowania interwencji wobec osób przejawiających zachowania samobójcze.



PRZYKŁAD PRAKTYCZNY

Życie Warte Jest Rozmowy

Życie Warte Jest Rozmowy to pierwsza w Polsce platforma pomocowo-edukacyjna, która została stworzona z myślą o osobach, które borykają się z myślami samobójczymi, mają za sobą próby samobójcze lub straciły kogoś w wyniku samobójstwa. Serwis udziela bezpłatnych i anonimowych porad dla osób w kryzysie samobójczym i ich bliskich. Do tego prowadzone są bezpłatne konsultacje dla rodziców, których dziecko boryka się z myślami samobójczymi, samouszkodzeniami lub jest po próbie samobójczej, konsultacje dla szkół, w których doszło do próby lub samobójstwa ucznia, oraz konsultacje dla nauczycieli i osób w żałobie po śmierci samobójczej. W ramach serwisu dostępne są także informacje dotyczące tego, na czym polega pomoc w kryzysie suicydalnym i jak jej udzielić. Oprócz praktycznych porad na stronie umieszczono wyszukiwarkę miejsc z bezpłatną pomocą oraz sekcję „Napisz do specjalisty”, gdzie osoby zmagające się z problemami i kryzysem mogą zwrócić się o pomoc.

Dzieci i młodzież jako pacjenci

Nie tylko samo występowanie zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży wykazuje tendencję wzrostową. **Rokrocznie zwiększa się także liczba pacjentów będących dziećmi, którzy wymagają i korzystają z profesjonalnej pomocy.**

W świetle danych opublikowanych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji¹³ odsetek takich dzieci i młodzieży wykazujących zaburzenia psychiczne wynosił w 2016 roku w Polsce minimum 9%¹⁴. Z danych Ministerstwa Zdrowia wynika, że w latach 2015–2022 liczba dzieci, którym udzielono porady lekarskiej w poradni

lub skorzystały ze świadczeń opieki dziennej lub stacjonarnej w ramach opieki psychiatrycznej **wzrosła z 91 241 do 107 947 (tj. o ok. 18%)**, a tych objętych opieką psychiatryczną – **ze 137 851 do 254 079 (tj. o ok. 84%)**¹⁵. GUS mówi nawet o 915,6 tys. porad udzielonych dzieciom i młodzieży do lat 18 w poradniach zdrowia psychicznego w 2022 roku, co w porównaniu z 2021 rokiem przekłada się o wzrost ponad 160 tys. (z 751,5 tys.)¹⁶.

Ze statystyk GUS wynika także, w 2022 roku na stacjonarnych oddziałach psychiatrycznych było leczonych 6,5 tys. dzieci do 18 roku życia. Biorąc pod uwagę, że ogółem liczba pacjentów leczonych w trybie stacjonarnym na takich oddziałach wyniosła niecałe 65 tys., oznacza to, że **w polskich szpitalach co 10 pacjent leczony w trybie stacjonarnym na oddziale psychiatrycznym był dzieckiem.**

¹⁵ Odpowiedź na interpelację nr 819, znak ZPP.050.5.2024.MSS, Warszawa 12 lutego 2024. Pełna treść: <https://orka2.sejm.gov.pl/INT10.nsf/klucz/ATTD2EK8W/%24FILE/i00819-o1.pdf>.

¹⁶ Dane Głównego Urzędu Statystycznego, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2022 roku*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/>.

¹³ AOTMiT, *Świadczenia gwarantowanego psychiatryczne realizowane w warunkach stacjonarnych dla dzieci i młodzieży poza poziomami referencyjnymi oraz świadczenia udzielane osobom z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi. Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.5403.46.2021*, data ukończenia 31.10.2022.

¹⁴ Dane te zostały przywołane przez AOTMiT jako najbardziej aktualne na moment publikacji raportu.

Lekarze

Od 2008 roku obserwuje się stopniowy wzrost liczby lekarzy specjalistów wykonujących zawód w specjalizacji psychiatria dzieci i młodzieży. **W 2008 roku liczba psychiatrów dzieci i młodzieży wyniosła 215 specjalistów, a w 2023 roku – już 579, z czego 553 wykonuje zawód**¹⁷. Zgodnie z rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia na 100 tys. dzieci powinno przypadać 10 lekarzy psychiatrów, a w Polsce przy takich statystykach wskaźnik ten wynosi już 10,49¹⁸.

Zwiększenie kadry medycznej jest przez Ministerstwo Zdrowia również traktowane jako część reformy psychiatrii. **Zakłada się, że do 2027 roku zostanie wykształconych co najmniej 1200 nowych specjalistów w zakresie psychoterapii dzieci i młodzieży, psychologii klinicznej**

¹⁷ <https://nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne>, zestawienie nr 4.

¹⁸ Za: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/80-mln-zl-na-wsparcie-oddzialow-psychiatrycznych-dla-dzieci-i-mlodziezy>.

lub terapii środowiskowej dzieci i młodzieży¹⁹.

Strona publiczna aktywnie angażuje się także w promowanie wyboru specjalizacji psychiatrii dziecięcej, oferując zachęty finansowe. **Psychiatria dzieci i młodzieży jest wpisana na listę priorytetowych dziedzin medycyny**²⁰. Podjęcie kształcenia w tej dziedzinie jest premiowane finansowo (coroczne wyższe wynagrodzenie zasadnicze w ramach rezydentury) oraz przyznaniem większej liczby miejsc szkoleniowych rezydenckich w stosunku do pozostałych dziedzin. Inicjatywy w tym zakresie przewidują także samorządy. Przykładowo w Warszawie rusza pilotażowy program grantów dla lekarzy, którzy zdecydują się na dodatkowe kształcenie w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. Ci, którzy zdecydują się wziąć udział w programie, mają szansę otrzymać miejskie

¹⁹ Ibidem.

²⁰ § 1 pkt 20 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny.

dofinansowanie w wysokości 4 tys. złotych miesięcznie na cały okres kształcenia specjalizacyjnego pod warunkiem, że podejmą zatrudnienie w miejskim podmiocie leczniczym w wymiarze 20 godzin tygodniowo przez okres 3 lat²¹.

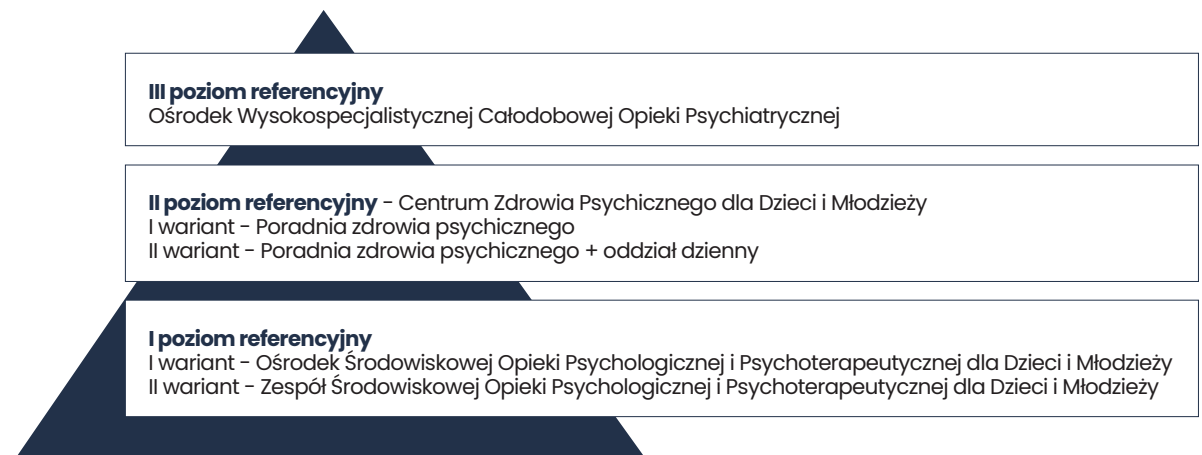


Infrastruktura

Ministerstwo Zdrowia od 2018 roku zajmuje się wdrożeniem reformy, której celem jest stworzenie ogólnokrajowego, kompleksowego systemu zapewniającego wsparcie pacjentom niepełnoletnim doświadczającym zaburzeń psychicznych oraz ich rodzinom. Reforma ma m.in. wyrównać różnice pomiędzy poszczególnymi regionami oraz zapobiec nadmiernemu obciążeniu oddziałów psychiatrycznych poprzez rozwój pomocy dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi na pozostałych poziomach referencyjnych²².

Nowy model systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży składa się z trzech poziomów referencyjnych:

22 Za: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/informacja-o-aktualnym-stanie-prac-nad-reforma-w-systemie-ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy>.



I POZIOM REFERENCYJNY

Ośrodki lub zespoły środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży to placówki, z których można skorzystać bez skierowania lekarskiego.

Pracują w nich psycholodzy, psychoterapeuci oraz terapeuci środowiskowi. Udzielają oni pomocy dzieciom, które nie potrzebują diagnozy psychiatrycznej lub farmakoterapii. Ich celem jest **wczesna reakcja na pojawiające się problemy**, co pozwoli nie dopuścić do pogorszenia stanu zdrowia pacjenta oraz jego hospitalizacji. Docelowo ośrodki I poziomu referencyjnego mają funkcjonować w każdym powiecie lub grupie powiatów, co zapewni

dostępność pomocy blisko miejsca zamieszkania dzieci oraz umożliwi współpracę ze środowiskiem lokalnym, zwłaszcza placówkami oświatowymi.

Pierwsze ośrodki I poziomu referencyjnego rozpoczęły działalność w 2020 roku. Według stanu na 7. stycznia 2024 r. w Polsce działało już 452 ośrodków oraz 2 zespoły środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci²³.

23 Te oraz dalej przywołane dane dotyczące liczebności ośrodków wszystkich stopni referencyjnych pochodzą z informacji Ministerstwa Zdrowia: <https://www.rynekzdrowia.pl/Psychiatria/Przeladowane-oddzialy-psychiatryczne-dla-dzieci-Rozbudujemy-siec-pomocy-pozaszpitalami,254602,16.html>.

21 Za: <https://um.warszawa.pl/-/miejskie-granty-na-ksztalcenie-psychiatrow-dzieciocyh>.

II POZIOM REFERENCYJNY

W centrach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży pracują już lekarze psychiatry.

Pacjenci wymagający intensywniejszej opieki w wybranych placówkach mogą skorzystać ze świadczeń także w ramach oddziału dziennego. Jeden ośrodek II poziomu referencyjnego ma obejmować wsparciem kilka sąsiadujących ze sobą powiatów.

Według stanu na 7. stycznia 2024 r. w Polsce działało 161 centrów zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – 79 realizujących świadczenia w zakresie poradni zdrowia psychicznego oraz 82 z poradnią zdrowia psychicznego i oddziałem dziennym. W świetle deklaracji Ministerstwa Zdrowia pilotaż centrów zdrowia psychicznego się sprawdził i NFZ ma ogłosić konkurs na tworzenie kolejnych centrów. Wprowadzone mają być przy tym niezbędne zmiany prawne umożliwiające zakontraktowanie świadczeń takich jak w pilotażu w całej Polsce²⁴.

²⁴ <https://www.prawo.pl/zdrowie/centra-zdrowia-psychicznego-pilotaz,526228.html>

III POZIOM REFERENCYJNY

Na najwyższym poziomie referencyjnym funkcjonują ośrodki wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej. **Mogą znaleźć w nich pomoc pacjenci z najpoważniejszymi zaburzeniami, w tym w szczególności w stanie zagrożenia życia i zdrowia, przyjmowani w trybie nagłym.** Będą się w nich kształcić także przyszli specjaliści z zakresu psychiatrii dziecięcej. Co najmniej jeden ośrodek III poziomu referencyjnego ma się znaleźć w każdym województwie.

Według stanu na dzień 7. stycznia 2024 r. w Polsce działają 34 ośrodki wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej. Należy jednak zwrócić uwagę na ich **nierównomierny rozkład:**

- **między poszczególnymi województwami;**
O ile w województwach mazowieckim, dolnośląskim czy wielkopolskim ośrodków jest kilka, o tyle w warmińsko-mazurskim, podlaskim czy lubuskim tylko po jednym.
- **w obrębie jednego województwa.**
Chociaż w województwie małopolskim są trzy ośrodki III poziomu referencyjnego, wszystkie z nich znajdują się w Krakowie²⁵.

Aktualna lista ośrodków wszystkich trzech stopni referencyjnych jest dostępna na dedykowanej stronie internetowej NFZ²⁶. W kwietniu 2023 r.

²⁵ <https://pacjent.gov.pl/arttykul/leczenie-psychiatryczne-mlodziezy-i-dzieci-mapa>

²⁶ <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy/>

Ministerstwo Zdrowia przedstawiło też standardy organizacyjne i merytoryczne dla podmiotów nowego modelu systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży²⁷.

W świetle dostępnych publicznie opracowań założenia reformy oceniane są generalnie pozytywnie.

Pojawiające się wątpliwości dotyczą głównie tempa wdrażania, promocji, sposobu finansowania i zaniżenia wymogów jakościowych dotyczących pracowników i ich kompetencji²⁸. Należy jednak zauważyć, że reforma wciąż jest stosunkowo nowa i podlega ciągłej ocenie i dyskusji.

6. marca 2024 r. w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich odbyło się kolejne posiedzenie Komisji Ekspertów

²⁷ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/standardy-organizacyjne-i-merytoryczne-dla-podmiotow-nowego-modelu-systemu-ochrony-zdrowia-psychicznego-dla-dzieci-i-mlodziezy>

²⁸ https://fdds.pl/_Resources/Persistent/4/b/2/8/4b284d3df9b1087fd2d0c9724538c9c6f24bf6e/Dzieci%20si%C4%99%20licz%C4%85%202022%20-%20Zdrowie%20psychiczne%20dzieci%20i%20m%C5%82odzie%20C5%BCy.pdf

ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego poświęcone sytuacji w psychiatrii dzieci i młodzieży. Wskazano podczas niego m.in. elementy wymagające dalszej poprawy, takie jak wprowadzenie koordynacji pomiędzy poziomami referencyjnymi i koordynacji międzysektorowej, reforma sposobu finansowania II i III poziomu referencyjnego i przejście na formę hybrydową (ryczałt oraz *fee for service* – tak jak w przypadku I poziomu referencyjnego) czy zmiana regulacji dotyczącej sprawozdawczości w psychiatrii dzieci i młodzieży przez jej uproszczenie²⁹.

29 <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/ke-ochrona-zdrowia-psychicznego-psychiatria-dzieci-mlodziez>

Wsparcie środowiskowe

Wsparcie ze strony rodziców, rówieśników czy nauczycieli, jeśli występuje, stanowi czynnik ochronny dla zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Młode osoby, które mają do kogo się zwrócić w trudnej sytuacji, są mniej narażone na ryzyko rozwoju zaburzeń psychicznych i podejmowania zachowań autodestrukcyjnych. Podstawowy, pierwszy kontakt w ramach profilaktyki zaburzeń, ma ogromne znaczenie – a 7% dzieci deklaruje, że nie ma żadnej osoby, od której mogłoby otrzymać wsparcie w trudnej sytuacji³⁰.

Wyniki badań mówiących o poziomie wsparcia ze strony rodziców i rówieśników nie są jednak satysfakcjonujące. W 2018

30 Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*, Warszawa 2022, s. 141. Pełna treść: https://fdds.pl/_Resources/Persistent/5/2/2/d/522d74049ede89dba15f7bcd887f14555df37da9/Raport%20FDDS%20-%20Dzieci%20si%C4%99%20Lic%C4%85%202022.pdf.

roku **aż 38% dzieci oceniło poziom wsparcia rodziców jako niski.**

W przypadku wsparcia rówieśników na odpowiedź „niski” wskazało aż 67% respondentów. Dodatkowo liczba młodych osób oceniających poziom wsparcia ze strony rodziców jako wysoki maleje wraz z wiekiem – różnica między 11- a 15-latkami wyniosła 29 punktów procentowych. Jest to o tyle niepokojące, że dobra relacja z przynajmniej jednym rodziców jest uznawana za jeden z czynników ochronnych przed podejmowaniem prób samobójczych³¹.

31 Tamże, s. 141 i cytowane tam źródła.

Finansowanie ze środków publicznych

Wydatki NFZ na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień wzrosły z 3,62% w 2018 roku do 4,13% w 2022 roku³², co oznacza, że psychiatria pochłania procentowo coraz więcej przychodów z tytułu składki zdrowotnej. Tytułem przykładu w 2021 r. udzielono łącznie 931,3 tys. świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży objętych przedmiotowym zleceniem o łącznej wartości 73,9 mln zł³³. **W latach 2019–2023 nakłady na opiekę psychiatryczną dla dzieci i młodzieży wzrosły czterokrotnie – z 250 mln do ponad miliarda złotych**³⁴.

Dodatkowo budżet NFZ to nie jedyne źródło finansowania

32 Odpowiedź na interpelację nr 40202, znak DLF.050.24.2023.DP, Warszawa 6 kwietnia 2023. Pełna treść: <https://orka2.sejm.gov.pl/INT9.nsf/klucz/ATTCQNE6P/%24FILE/i40202-o1.pdf>.

33 AOTMiT, *Świadczenia...*, s. 27.

34 Za: <https://www.pap.pl/aktualnosci/news%2C1600652%2Cminister-zdrowia-wydatki-na-psychiatrie-dziecieca-wzrosly-czterokrotnie>

psychiatrii³⁵. Środki pochodzą m.in. także z Funduszu Medycznego (np. w ramach konkursu na wsparcie placówek medycznych zajmujących się opieką psychiatryczną dzieci i młodzieży – 3 mld złotych³⁶), programów wsparcia (np. „Program wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022–2023” – 80 mln złotych³⁷) czy dotacji podmiotowych.

35 Odpowiedź na interpelację nr 40202....

36 <https://www.gov.pl/web/zdrowie/minister-zdrowia-oglasza-konkurs-na-wsparcie-placowek-medycznych-zajmujacych-sie-opieka-psychiatryczna-dzieci-i-mlodziezy-oraz-osob-doroslych>.

37 <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wsparcie-oddzialow-psychiatrycznych-dla-dzieci-i-mlodziezy>.

Świat online³⁸

Mówiąc o zdrowiu psychicznym dzieci i młodzieży nie można zapomnieć o przestrzeni internetowej, która od dłuższego czasu stanowi kluczowe środowisko budowania relacji wśród młodych i znacząco wpływa na ich codzienne funkcjonowanie. Czas korzystania z internetu przez nastolatki wzrasta – w dni powszechnie sięga 5 godzin 36 minut, a w dni wolne – 6 godzin i 16 minut. Stosunek do korzystania z Internetu jest jednym z najważniejszych czynników różniących osoby urodzone w latach 1995 – 2010. **Zdaniem badaczy społecznych to pokolenie (zwane „Pokoleniem Zet”) z uwagi na brak znajomości świata bez dostępu do sieci (stałego – realizowanego np. za pomocą smartfonu) jest zdecydowanie mniej odporne na zagrożenia wynikające np. z uzależnienia od mediów cyfrowych ze szczególnym uwzględnieniem**

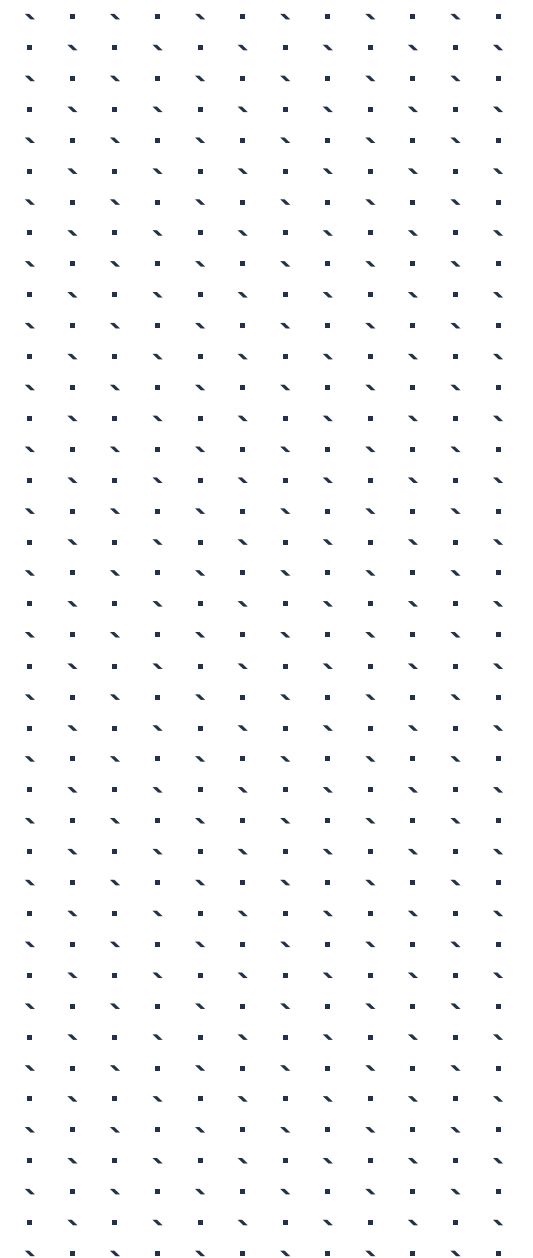
38 Treść fragmentu opracowana na podstawie: NASK – Państwowy Instytut Badawczy, Nastolatki 3.0. Raport z ogólnopolskiego badania uczniów i rodziców, Warszawa 2023.

mediów społecznościowych³⁹.

Mimo że internet stanowi ogromną bazę wiedzy i informacji, niesie także realne zagrożenia, szczególnie dla najmłodszych. **Prawie 70% nastolatków uważa, że w internecie problemem jest mowa nienawiści**, a niemal połowa młodych ludzi spotyka się w sieci z sytuacjami, kiedy ich znajomi są atakowani i wyzywani (44,6%). Co gorsza, wzrasta bierność w sytuacjach doświadczania przemocy w sieci – w 2022 roku wyniosła 38,5% w porównaniu do 32,4% w 2020 roku.

Szczególnie niepokojące wydają się być w tym obszarze informacje dotyczące znaczącego odsetka młodzieży mającej niski poziom samooceny (ok. 45%), odczuwania przez nastolatków wysokiego poziomu poczucia osamotnienia w mediach społecznościowych (53,9%) oraz uczestnictwa

39 J.M. Twenge, *Pokolenia. Prawdziwe różnice między pokoleniami X, Y, Z, baby boomersami i cichym pokoleniem oraz co one oznaczają dla przyszłości zachodniego świata*, Smak Słowa 2023.



w wyzwaniach internetowych, w których mogło dojść do narażenia życia lub zdrowia fizycznego / psychicznego ich samych lub innych osób (31,1%).

Niepokojące dane dotyczące korzystania z sieci dotyczą także:

- dezinformacji – 43,7% młodzieży twierdzi, że w internecie nie można odróżnić informacji prawdziwych od fałszywych;
- wizerunku w sieci – prawie co drugi badany zadeklarował, że rodzice lub opiekunowie umieszczają w swoich mediach społecznościowych zdjęcia, na których jest widoczny jego wizerunek, przez co czują zawstydzienie (23,6%) lub niezadowolenie (18,8%);
- pornografii – ponad 1,3 mln użytkowników w wieku 7-19 lat odwiedza jeden najpopularniejszych serwisów pornograficznych;
- ekspozycji na treści antyspoleczne – 46,7% deklaruje, że jest to poziom wysoki, a 33,3% – ponadprzeciętny.

Jednocześnie dzieci i młodzież nie są w stanie zrezygnować z internetu.

Nawet jeśli rodzice ustalają jakiegokolwiek zasady dotyczące korzystania z internetu (m.in. dot. czasu czy dostępu do określonych treści), kontrola ta jest nieskuteczna. Ponad 40% nastolatków twierdzi, że brak dostępu do internetu wpłynęłoby negatywnie na jakość ich życia, czyniąc je mniej satysfakcjonującym. Próby skrócenia czasu aktywności w mediach społecznościowych co czwartego badanego (ok. 27%) okazały się bezowocne.

Brak kompleksowych statystyk prowadzonych przez państwo

POTRZEBA

Przywołane statystyki jednoznacznie wskazują na rosnące problemy zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Dane na temat rodzajów zaburzeń, ich liczby, stanu systemu ochrony zdrowia w tym obszarze, infrastruktury czy kadry stanowią podstawę dalszych reform – pozwalają zidentyfikować problem i znaleźć na niego rozwiązanie.

PROBLEM

Poszukując danych na temat stanu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce trzeba sięgać do różnych, rozproszonych źródeł: informacji udzielanych przez administrację publiczną (strona gov.pl, odpowiedzi na interpelacje poselskie), badań konkretnych instytucji (np. Rzecznika Praw Dziecka) czy raportów organizacji pozarządowych (np. UNICEF Polska, Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę,

serwisu Życie Warto Jest Rozmowy). Analiza dostępnych danych prowadzi do wniosku, że ich zbieranie odbywa się za pomocą różnych metodyk, pytań czy grup badawczych. Mimo że finalnie prowadzą do tych samych konkluzji, tj. że stan psychiczny młodych się pogarsza, nie jesteśmy w stanie jednoznacznie ocenić ich przyczyn. **Brakuje kompleksowych statystyk na temat rodzajów zaburzeń, jakich doznają najmłodszy, oraz ich przyczyn.**

ROZWIĄZANIE

Uznajemy za konieczne prowadzenie przez państwo kompleksowych badań na temat stanu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, które obejmą co najmniej takie aspekty jak **rodzaje doznawanych przez dzieci zaburzeń czy przyczyny trudności**. Dane na temat liczby lekarzy psychiatrii dziecięcej, które udostępnia Naczelna Izba Lekarska, należy poszerzyć, uwzględniając, ilu z tych lekarzy pracuje w sektorze publicznym, a ile w komercyjnym, biorąc pod uwagę także wymiar czasu pracy

oraz formę zatrudnienia (umowa o pracę, umowa zlecenie, kontrakt). **Doprecyzowania wymaga także liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w ramach ośrodków wszystkich poziomów referencyjnych;** w jej ramach powinno zostać uwzględnione, ilu z nich zostało nowoprzyjętych oraz jakich udzielano im świadczeń, a także jakie zaburzenia rozpoznano na poszczególnych poziomach referencyjnych. Na oddziale dziennym II poziomu referencyjnego oraz na III poziomie referencyjnym ważna będzie także długość hospitalizacji oraz liczba rehospitalizacji.

Podsumowanie

Wyraźnie rośnie zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne związane z ochroną zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Alarmujące dane dotyczące stanu zdrowia psychicznego młodych ludzi na świecie i w Polsce są bodźcem do wdrażania długofalowych i systemowych rozwiązań umożliwiających dostęp do opieki w obszarze zdrowia psychicznego.

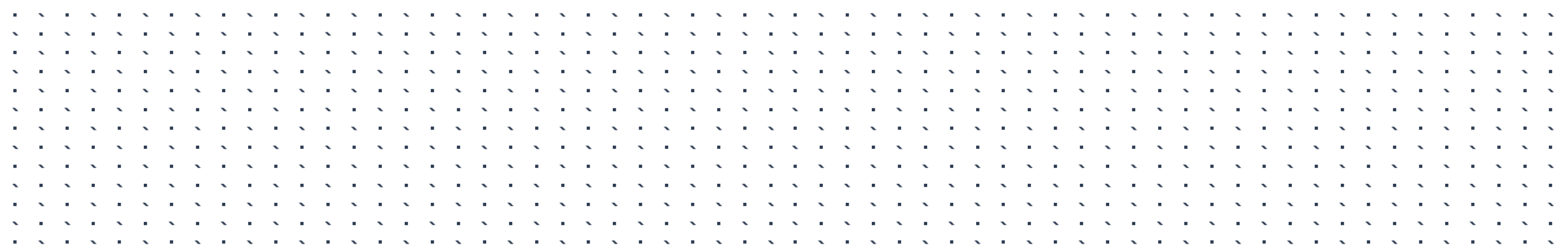
Problem ten dostrzega strona publiczna – regulator podejmuje działania, które mają poprawić sytuację. Stale przybywa

wykwalfikowanego personelu medycznego, rosną nakłady na finansowanie świadczeń zdrowotnych, wprowadzono nowy model opieki nad tą szczególną kategorią pacjentów. **Jako że wciąż jesteśmy na dość wczesnym etapie reformy, należy postulować monitorowanie jej efektów oraz podejmowanie szybkich działań naprawczych, jeżeli stwierdzone będą braki lub nieprawidłowości.**

Opisane wyniki badań implikują także konieczność prowadzenia skutecznej profilaktyki, skierowanej zarówno do dzieci i młodzieży, jak i ich rodziców, opiekunów czy środowiska szkolnego.

Brakuje rozwiązań systemowych, współpracy międzysektorowej oraz zakrojonej na szeroką skalę kampanii społecznej edukacyjno-informacyjnej dedykowanej każdej grupie odbiorców – od malucha do seniora.

Dalsza analiza prawna skupia się na wybranych regulacjach, które mają zapewniać powodzenie planowanych reform z zakresu zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, niezależnie od ich dokładnego systemowego kształtu, lub zapobiegać określonym problemom, których źródłem są bezpośrednio przepisy prawa lub ich brak (a nie kwestie związane z funkcjonowaniem całego systemu ochrony zdrowia).



ANALIZA REGULACYJNA



Ochrona zdrowia

NARODOWY PROGRAM OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO NA LATA 2023–2040

POTRZEBA

Potrzebę strategicznego podejścia do zdrowia psychicznego w polityce publicznej wprost wyraża punkt 8. Europejskiej Deklaracji Ochrony Zdrowia Psychicznego „Podjąć wyzwania, szukać rozwiązań” (*Mental health declaration for Europe. Facing the challenges, building solution*)⁴⁰ przyjętej w Helsinkach 14 stycznia 2005 r. podczas konferencji ministerialnej państw członkowskich Regionu Europejskiego WHO. Jak w nim wskazano, zdrowie

40 <https://iris.who.int/handle/10665/326566>

psychiczne ma kluczowe znaczenie dla kapitału ludzkiego, społecznego i gospodarczego narodów i dlatego **powinno być uważane za integralną i istotną część nie tylko sektora ochrony zdrowia, ale też innych obszarów polityki publicznej**, takich jak kwestie związane z prawami człowieka, opieką społeczną, edukacją i zatrudnieniem. Dlatego też ministrowie odpowiedzialni za zdrowie zobowiązali się, z zastrzeżeniem krajowych struktur i obowiązków konstytucyjnych, do uznania potrzeby kompleksowej polityki w zakresie zdrowia psychicznego opartej na dowodach oraz do rozważenia sposobów i środków rozwijania, wdrażania i wzmacniania takich polityk w poszczególnych krajach.

Podstawową gwarancją realizacji powyższego zobowiązania w Polsce są regulacje nakładające obowiązek strategicznego podejścia do rozwoju systemu ochrony zdrowia i zapobiegania problemom zdrowotnym. Wyróżnić można w szczególności:

- **Narodowy Program Zdrowia** – tj. dokument ustanawiany w celu realizacji polityki zdrowia publicznego, który opiera się na współdziałaniu organów administracji rządowej, jednostek samorządu terytorialnego oraz podmiotów, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami związanymi ze zdrowiem publicznym;
- **Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego** – tj. dokument o bardzo podobnym charakterze jak powyższy, ale skupiony na obszarze zdrowia psychicznego.

W momencie powstania raportu obowiązuje *Narodowy Program Zdrowia na lata 2021 – 2025*, którego cele operacyjne obejmują m.in. promocję zdrowia psychicznego, a także *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030*, który jako swoje główne cele wskazuje zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb, a także prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Modelowo kolejne edycje programów mają skutkować podjęciem szeregu zaplanowanych aktywności, które powinny rozwiązywać lub ograniczać zdiagnozowane uprzednio problemy. Dzięki temu możliwy będzie stopniowy rozwój systemu ochrony zdrowia psychicznego, który adresować będzie także aktualne zjawiska i trendy.

PROBLEM

Narodowy Program Zdrowia oraz Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego zawierają plan kompleksowych działań m.in. w obszarze ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, które powinny być realizowane w założonych ramach czasowych.

Fundamentalny problem z przywołanymi dokumentami wiąże się z tym, że nie były one jak dotąd – w ramach wcześniejszych edycji – skutecznie realizowane.

Dotychczasowe doświadczenia wskazują na wady przyjmowanych dokumentów oraz brak mechanizmów zapewniających ich egzekwowanie.

Realizacja zadań *Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020* została zbadana przez Najwyższą Izbę Kontroli⁴¹. Jak wskazano w informacji o wynikach kontroli, **Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020, w okresie objętym**

⁴¹ <https://www.nik.gov.pl/kontrole/wyniki-kontroli-nik/kontrole,20332.html>

kontrolą, nie stanowił efektywnego narzędzia realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego.

Jego wdrożenie w niewielkim stopniu wpłynęło na zwiększenie zakresu podejmowanych działań, a w konsekwencji na realizację celu strategicznego, jakim jest wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu. Minister Zdrowia, opracowując projekt programu, nie wprowadził rozwiązań umożliwiających jego realizatorom efektywne wykonanie wszystkich zaplanowanych zadań. Niektóre zadania przypisano niewłaściwym podmiotom, co skutkowało ograniczeniem lub brakiem ich realizacji. Nie wskazano, który szczebel jednostek samorządu terytorialnego odpowiada za realizację poszczególnych zadań przypisanych samorządowi terytorialnemu. Ponadto program wszedł w życie z blisko dziewięciomiesięcznym opóźnieniem, co ograniczyło możliwości realizacji wszystkich zaplanowanych zadań w 2016 r.

Podobne problemy zostały zdiagnozowane przez NIK w odniesieniu do realizacji *Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011–2015*⁴². Jak wynika z informacji o wynikach kontroli NIK, **niezapewnienie prawidłowej realizacji programu uniemożliwiło tworzenie spójnego i zróżnicowanego systemu skutecznej prewencji i leczenia zaburzeń psychicznych**, a także poprawę jakości życia oraz integrację społeczną osób z zaburzeniami psychicznymi. W ocenie NIK, głównymi przyczynami niezrealizowania programu były: niezaplanowanie środków finansowych na przewidziane w programie zadania przez realizatorów, nieskuteczna koordynacja programu, ogólnikowość części celów i zadań, a także brak woli i konsekwencji we wprowadzaniu zmian (na co wskazały wyniki kontroli w jednostkach objętych kontrolą).

⁴² <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/fiasko-narodowego-programu-ochrony-zdrowia-psychicznego.html>

Ponadto należy zauważyć, że działania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego zostały przez ustawodawcę arbitralnie rozdzielone pomiędzy dwa różne dokumenty strategiczne, jakimi są Narodowy Program Zdrowia oraz Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Zgodnie bowiem z art. 2 ust. 1 i 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, ochrona zdrowia psychicznego obejmuje realizację zadań dotyczących w szczególności trzech obszarów:

1. promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym;
2. zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;
3. kształtowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

Zadanie, o którym mowa w punkcie 1., realizowane ma być w ramach Narodowego Programu Zdrowia, podczas gdy zadania wskazane w kolejnych punktach – przez działania określone w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego. **Proceduralne rozbieżności planowanych działań w tym obszarze na dwa niezależne, przyjmowane w innym trybie i czasie oraz opracowywane przez inne osoby dokumenty może utrudniać przyjęcie jednej, spójnej polityki publicznej w obszarze ochrony zdrowia psychicznego.**

ROZWIĄZANIE

W pierwszej kolejności rekomendowane jest **ujęcie wszystkich planowanych działań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w ramach jednego dokumentu strategicznego**, którym potencjalnie mógłby pozostać w dalszym ciągu Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Rozwiązaniem postulowanym przez część ekspertów jest **utworzenie odrębnego,**

dedykowanego Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży⁴³, co jest tym bardziej uzasadnione, że narastające problemy w tym obszarze mają swoją specyfikę, która mogłaby zostać w takim programie w pełni uwzględniona. Dodatkowo związane z nim prace mogłyby być procedowane odrębnie od innych planów, co pod kątem organizacyjnym może zoperacjonalizować i dodatkowo przyśpieszyć prace. **Alternatywnie dotychczasowa formuła planu mogłaby zostać poszerzona o obligatoryjną część dotyczącą ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.** Powinno to zapewnić procedurę służącą opracowywaniu bardziej kompleksowych i spójnych rozwiązań. Przyjmowanie tak zunifikowanego planu działań w jednym terminie ułatwiać też będzie alokację odpowiednich środków finansowych, ponieważ od razu będzie znany pełny zakres i harmonogram projektów.

⁴³ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/ke-ochrona-zdrowia-psychicznego-psychiatria-dzieci-mlodziez>

Rekomendacje dotyczące zmian związanych z realizacją Narodowego Programu Zdrowia oraz Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego zostały przedstawione przez NIK w przywołanych wcześniej wynikach przeprowadzonych kontroli. W dużej mierze są one ze sobą zbieżne i pozostają dalej aktualne. Na ich podstawie należy podtrzymać w szczególności rekomendacje dotyczące:

- **zabezpieczenia źródeł finansowania;** Obowiązkowym elementem każdego programu powinno być uprzednie zaplanowanie środków finansowych przez i dla poszczególnych realizatorów zadań. Program powinien być rozpisany przez wyznaczenie zadań oraz przyporządkowanie do nich harmonogramu i budżetu. Pozwoli to zwiększyć jego operacyjność.

- **zapewnienie systemu koordynacji, monitorowania i oceny realizacji przewidzianych w programie zadań;**

Przydatne w tym zakresie byłoby m.in.: jasne wyznaczenie zasad koordynacji przez dedykowane podmioty, w tym związanych z tą koordynacją obowiązków, wprowadzenie systemu monitorowania postępów programu i podejmowania działań naprawczych w trakcie jego realizacji oraz określenie wskaźników sukcesu, które pozwalać będą na obiektywny pomiar zachodzących zmian.

- **doprecyzowanie wymogów, które będą wymuszać większą dokładność przyjmowanego programu;**

Dotyczy to w szczególności konkretnych zakresów odpowiedzialności ministrów wskazanych w programie, jako odpowiedzialnych za realizację celów operacyjnych, oraz

realizatorów poszczególnych zadań zgodnie z ich właściwością wynikającą z aktów prawnych.

- **uwzględnienie działań edukacyjnych i szkoleniowych skierowanych do realizatorów programu.**

Konieczne jest wytłumaczenie wszystkim podmiotom uczestniczącym w realizacji programu celów i szczegółów operacyjnych poszczególnych zadań, w tym zasad prawidłowego sporządzania informacji o wykonywanych zadaniach.

Obowiązujący w momencie publikacji raportu *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030* wyznacza zadania na sześć kolejnych lat.

Zasadne jest dokonanie jego rewizji i uaktualnienie przy uwzględnieniu wskazanych powyżej założeń.

W innym przypadku, wzorem wcześniejszych doświadczeń, zachodzić będzie ryzyko jego nieskutecznej realizacji, co oznacza kolejne stracone lata.

STANDARYZACJA I ZWIĘKSZENIE ZASTOSOWANIA TERAPII CYFROWYCH

POTRZEBA

Coraz bardziej zauważalnym trendem w ochronie zdrowia jest wykorzystywanie tzw. terapii cyfrowych, czyli różnych form aplikacji na smartfony i programów komputerowych projektowanych pod kątem rozwiązywania określonych problemów zdrowotnych. System „aplikacji na receptę” istnieje np. w Niemczech, gdzie osoby objęte ubezpieczeniem zdrowotnym uprawnione są do korzystania z katalogu aplikacji cyfrowych, które – po przejściu weryfikacji – mogą być przepisane przez lekarza lub psychoterapeutę i są refundowane ze środków publicznych⁴⁴.

W Polsce podobne rozwiązania nie są jeszcze regulowane przez dedykowane

⁴⁴ K. Łukasik, *Cyfrowe zdrowie. Jak poprawić efektywność usług medycznych*, Warszawa 2021, s. 17.

przepisy ani finansowane przez płatnika publicznego. Jednocześnie regulator wyraźnie dostrzega potrzebę zmian w tym zakresie. Jak wskazuje *Program rozwoju e-zdrowia w Polsce do 2027 r.* **aplikacje zdrowotne i dedykowane przenośne urządzenia medyczne stanowią uzupełnienie tradycyjnych i zdalnych procedur w ochronie zdrowia.** Wpisują się w oczekiwania pacjentów, którzy coraz częściej wykorzystują właśnie rozwiązania cyfrowe. Wprowadzenie aplikacji zdrowotnych w najbardziej obiecujących obszarach (do których zalicza się m.in. zdrowie psychiczne) stwarza szansę poprawienia opieki i zoptymalizowania zasobów sektora ochrony zdrowia. Aplikacje zdrowotne mają być częścią przejrzystego systemu m-zdrowia. Co ważne, kluczowy jest system oceny ich skuteczności i bezpieczeństwa. Pierwszym krokiem Ministerstwa Zdrowia w tym kierunku była inicjatywa Portfela Aplikacji Zdrowotnych, w którym znajdują się certyfikowane aplikacje. Certyfikacja ma przede wszystkim dostarczyć informacje, że dana aplikacja jest sprawdzona pod względem merytorycznym

oraz bezpieczeństwa informacji. Umieszczanie aplikacji, które uzyskały tytuł „Aplikacja Certyfikowana MZ” w Portfelu ma ułatwić ich identyfikację wszystkim interesariuszom, głównie pacjentom. W inicjatywie mogą brać udział tylko aplikacje dostępne bezpłatnie, co zasadniczo obniża zakres jej zastosowania. Jak dotąd w Portfelu Aplikacji Zdrowotnych znalazła się tylko jedna aplikacja⁴⁵.

Z dostępnych publikacji naukowych wynika, że **rozpoznanie różnorodnych zastosowań narzędzi e-zdrowia może pomóc w opracowaniu interwencji psychologicznych skierowanych do pacjentów.** Takie podejście pozwala obniżyć koszty i poprawić skuteczność psychoterapii poprzez m.in. zwiększenie intensywności leczenia przy użyciu technologii cyfrowych lub pomaganiu pacjentom we wdrażaniu strategii terapeutycznych w ich codziennym życiu pomiędzy sesjami⁴⁶.

45 <https://www.gov.pl/web/zdrowie/aplikacje-certyfikowane-mz-w-portfelu-aplikacji-zdrowotnych-paz>

46 A. Kruczek, E-Zdrowie – nowoczesne technologie w ochronie zdrowia psychicznego, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2019;28(2), s. 135.

Aplikacje mogą być wykorzystywane np. w prewencji samobójstw⁴⁷.

PROBLEM

Jak zostało już wskazane, w Polsce dopiero rozpoczął się proces wspierania terapii cyfrowych. Główny problem dotyczy trzech obszarów. Brakuje:

1. **standardów jakości i bezpieczeństwa;**
2. **finansowania aplikacji zdrowotnych ze środków publicznych;**
3. **świadomości korzyści i zagrożeń** związanych z korzystaniem z cyfrowych farmaceutyków wśród pacjentów i lekarzy.

Pierwszy problem wiąże się z tym, że na fali coraz większej popularności terapii cyfrowych oraz rosnących potrzeb związanych z ochroną zdrowia psychicznego pacjenci mają bardzo łatwy dostęp do wielu różnych rozwiązań z zakresu m-zdrowia.

47 https://suicydologia.org/wp-content/uploads/2016/09/Suicydologia_T8_calosc_2016.pdf#page=39

Część z nich może okazać się rzeczywiście pomocna, ale część, niewłaściwie zaprojektowana lub stosowana, może zapewnić złudne poczucie rozwiązywania problemu lub wręcz doprowadzić do jego pogorszenia. Jest to szczególnie istotne w kontekście dzieci i młodzieży, czyli grupy pacjentów bardzo chętnie korzystającej z nowych technologii, ale jednocześnie zagrożonej uzależnieniem od rzeczywistości wirtualnej⁴⁸. Na gruncie regulacyjnym problem ten można dostrzec w przepisach rozporządzenia w sprawie programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin, który obejmował m.in. ograniczenie symptomów problemowego korzystania z nowych technologii cyfrowych przez zwiększenie wiedzy i samoświadomości w odniesieniu do problemowego korzystania z nowych technologii cyfrowych.

48 <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/wirtualne-uzaleznienie-dzieci-realne-zagrozenie-0>

Drugi problem dotyczy braku finansowania podobnych rozwiązań ze środków publicznych. Co więcej, **nie ma nawet wyraźnego planu zmiany tej sytuacji i przyjęcia zmian prawnych, które zostały wdrożone w innych krajach Unii Europejskiej, takich jak Niemcy, Francja czy Belgia.** W rezultacie z aplikacji zdrowotnych mogą korzystać tylko ci pacjenci, których stać na pokrycia związanych z tych opłat.

Trzeci problem dotyczy **braku świadomości – w szczególności wśród lekarzy – dostępności tego rodzaju rozwiązań.** Nie jest to jednak problem typowo polski. Według ubezpieczyciela Techniker Krankenkasse w Niemczech na początku 2022 r. zaledwie 4% lekarzy przepisywało refundowane terapie cyfrowe⁴⁹.

ROZWIĄZANIE

Polska, wzorem innych krajów Unii

⁴⁹ <https://echalliance.com/news/status-of-german-healthcare-digitization-german-e-health-offerings-expand-but-adoption-remains-uneven/>

Europejskiej, powinna stworzyć krajowy system oceny i finansowania ze środków publicznych aplikacji zdrowotnych. W tym celu należy podjąć cały szereg działań.

Po pierwsze, należy **opracować w gronie ekspertów kryteria jakości i bezpieczeństwa dla aplikacji zdrowotnych dedykowanych ochronie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.** Spełnienie tych wymagań powinno być weryfikowane i stanowić niezbędną warunek włączenia aplikacji do systemu finansowanego ze środków publicznych. Jednocześnie tak wypracowany standard może posłużyć także certyfikacji aplikacji, które będą dostępne bezpłatnie lub nie będą ubiegać się o finansowanie publiczne. Dzięki temu pacjenci dostaną jasną wskazówkę, które cyfrowe terapeutyki są godne zaufania.

Po drugie, **spełnienie powyższych kryteriów wykazane przez twórców aplikacji w dedykowanej procedurze powinno kwalifikować aplikację do systemu finansowanego ze**

środków publicznych. Lista tak finansowanych aplikacji powinna być publicznie dostępna, podobnie jak np. wykaz wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Personel medyczny powinien mieć możliwość przepisywania pacjentom podobnych rozwiązań, a pacjent, u którego stwierdzono i udokumentowano rozpoznanie objęte wskazaniem określonej aplikacji – samodzielnie jej uzyskania.

Po trzecie, wdrożeniu powyższych reform powinna towarzyszyć **kampania edukacyjna skierowana zarówno do personelu medycznego, jak i do pacjentów.** Aplikacja zdrowotne to stosunkowo nowe rozwiązanie, które nie przebiło się jeszcze do powszechnej świadomości zarówno wśród osób wykonujących zawody medyczne, jak i pacjentów. Dlatego też dla skuteczności reformy ważne jest równoległe podjęcie działań edukacyjnych.

STANDARD TELEMEDYCYNY W OCHRONIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

POTRZEBA

W Polsce już od wielu lat rozwija się telemedycyna. Pandemia COVID-19 dodatkowo znacząco przyspieszyła ten proces, popularyzując korzystanie ze zdalnych form kontaktu z profesjonalistami medycznymi.

Nie inaczej było w przypadku ochrony zdrowia psychicznego – już na początku pandemii zalecano kontakty zdalne w psychiatrii.

O ile takie formy pomocy były już znane i szeroko stosowane w innych systemach ochrony zdrowia, w Polsce dla większości specjalistów i pacjentów stanowiły pewne *novum*. Warunki epidemiczne wymusiły bardzo szybkie wdrożenie na dużą skalę zdalnego trybu kontaktu, czemu nie towarzyszyło odpowiednie przygotowanie do tego procesu. Brakowało i wciąż brakuje specjalistycznych standardów udzielania świadczeń zdrowotnych związanych z ochroną zdrowia psychicznego. Jednocześnie też

obszar telemedycyny jest w stanie przynieść wiele korzyści – chociażby w świetle danych, które mówią o tym, że na terenach wiejskich jest utrudniony dostęp do specjalistów czy że dzieci z takich terenów częściej mierzą się z zaburzeniami niż te mieszkające w miastach. **Stąd tak ważne jest zapewnienie odpowiedniej jakości zdalnego wsparcia z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, która mogłaby docierać w miejsca, w których dostęp do usług blisko naturalnego środowiska jest utrudniony.** Kwestia potrzeb związanych z telemedycyną, w tym standaryzacji udzielania świadczeń telemedycznych, została szerzej przedstawiona przez Telemedyczną Grupę Roboczą m.in. w dokumencie „White Paper dla rozwoju telemedycyny. Diagnoza rozwoju telemedycyny w Polsce. Proponowane kierunki zmian”⁵⁰.

PROBLEM

Pomimo licznych wyzwań i potrzeb

⁵⁰ http://telemedycyna-standard.pl/api/file/events/rtgr/TGR_White%20paper.pdf

związanych z obszarem zdrowia psychicznego, z których część może zostać zaadresowana przez telemedycynę, ciągle **brakuje specjalistycznego standardu organizacyjnego dotyczącego zdalnej opieki nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami psychicznymi**, w tym co najmniej oficjalnych wytycznych strony publicznej w tym zakresie. Standard taki wyznaczałby pożądany sposób działania, co jest szczególnie istotne w świetle prawa każdego pacjenta do otrzymywania świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej i udzielanych z należytą starannością.

Tego rodzaju standard został opracowany dla telepsychiatrii. Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (ZG PTP) stoi na stanowisku, że standardy przedstawione przez Światowe Towarzystwo Psychiatryczne powinny być podstawą stworzenia standardów przeprowadzania teleporad w psychiatrii w Polsce, z zachowaniem polskich regulacji

prawnych. Zaproponowane dotąd standardy zostały ujęte w dedykowanych zaleceniach i wytycznych opracowanych przez Naukową Sekcję Telemedycyny PTP⁵¹.

Powyższy standard, choć stanowi dobry przykład działania na rzecz podnoszenia jakości telemedycyny w ochronie zdrowia psychicznego, nie był szerszej promowany czy też rozwijany przez stronę publiczną. Ministerstwo Zdrowia nie wykorzystało też jak dotąd standardu udzielania świadczeń telemedycznych, który został opracowany w ramach Telemedycznego Okrągłego Stołu w 2023 r. Należy przy tym podkreślić, że przywołane standardy mają charakter bardziej ogólny, tj. nie są adresowane *stricto* do postępowania z dziećmi i młodzieżą – a, biorąc pod uwagę szczególną ochronę najmłodszych pacjentów, istnieje tym większa potrzeba opracowania standardu sprawowania zdalnej opieki

⁵¹ <https://www.psychiatriapolska.pl/pdf-142523-79853?filename=Letter%20to%20the%20Editor.%20The.pdf>, s. 1474.

Środowiskowi⁵². Z tego względu regulacjom dotyczącym tych trzech rodzajów specjalistów należy poświęcić szczególną uwagę. Biorąc pod uwagę, że ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży mają docelowo funkcjonować w każdym powiecie lub grupie powiatów, niezwykle istotna jest także kwestia zapewnienia odpowiedniej liczby profesjonalnego personelu w każdym z ośrodków, niezależnie od miejsca jego położenia.

PROBLEM

W mediach i podczas dyskusji publicznych prezentowany jest problem braku odpowiedniego przygotowania zawodowego części osób oferujących wsparcie w zakresie

52 Warto w tym miejscu podkreślić też rolę i znaczenie przygotowania pedagogów i psychologów pracujących w szkołach podstawowych oraz ponadpodstawowych. Szkoła jest dobrym miejscem do wdrożenia wczesnych aktywności przesiewowych, a zatrudnieni tam specjaliści mogą pełnić podobną rolę. Obszar edukacji został szerzej przedstawiony w rozdziale 2.2 dodanraportu.

ochrony zdrowia psychicznego w sektorze prywatnym⁵³, co dotyczy przede wszystkim wsparcia udzielanego przez psychologów i psychoterapeutów⁵⁴. Panujący przez wiele lat **brak dedykowanych wymogów prawnych powodował, że za psychoterapeutę mógł podawać się w zasadzie każdy, oferując swoje usługi na rynku komercyjnym**. Choć zjawisko to nie ma być może dużej skali, uzasadnia potrzebę zmian w tym zakresie. Podobnie w przypadku **psychologów, którzy, choć są zawodem regulowanym, to regulowanym przez „martwą” w dużym stopniu ustawę, co w praktyce w dużym stopniu jedynie stwarza iluzję funkcjonowania jako zawód regulowany**.

53 W zakresie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia dedykowane wymogi względem przygotowania zawodowego reguluje rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

54 Przykładowo: <https://terapia.com.pl/pl/node/5435>, <http://www.poznan-ptp.pl/?petycja-stop-falszywym-psychologom,145>, <https://www.onet.pl/styl-zycia/kobietaxl/po-rocznym-szkoleniu-sprawdz-komu-powierzasz-swoje-problemy/y19e777,30bc1058>

Jednym z kluczowych źródeł tego problemu jest niespójna regulacja prawna dotycząca podstawowych profesjonalistów z zakresu ochrony zdrowia psychicznego – psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów i terapeutów środowiskowych.

Psychiatria jest specjalizacją lekarską, a zatem psychiatrą może zostać jedynie lekarz. Do udzielania świadczeń zdrowotnych wymagane jest zatem sformalizowane prawo wykonywania zawodu, które można uzyskać po spełnieniu ustawowych wymagań związanych m.in. z odbyciem studiów, zdaniem egzaminów, odbyciem specjalizacji. Wykonywanie zawodu jest regulowane przepisami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyści. Psychiatra, jak każdy lekarz, podlega odpowiedzialności zawodowej na zasadach wynikających z ustawy o izbach lekarskich.

W przypadku zawodu psychologa sytuacja jest bardziej skomplikowana. Formalnie obowiązuje ustawa o zawodzie

psychologa i samorządzie zawodowym psychologów, jednak tytułowy samorząd w praktyce nie został stworzony. W efekcie **zasadnicza część wymogów wynikających z przywołanej ustawy pozostaje w praktyce „martwa”, jako że wymagają one aktywnego działania takiego samorządu** (np. prowadzenie list psychologów przez Regionalne Izby Psychologów). W rezultacie psychologowie nie mają możliwości uzyskania potwierdzenia prawa wykonywania zawodu psychologa w Polsce, a jedynie legitymują się tytułem zawodowym magistra na kierunku psychologia. Brak spójnej regulacji prowadzi też do wątpliwości interpretacyjnych, czy usługi świadczone przez psychologa stanowią świadczenia zdrowotne, a zatem czy znajdują do nich zastosowanie adekwatne regulacje prawa medycznego. Z związku z tym brakuje także spójnych standardów kształcenia na kierunku psychologia czy też konieczności spełniania przez jednostki kształcące minimum kadrowych.

Psychoterapia przez wiele lat pozostawała nieuregulowana, przez co za psychoterapeutę mógł podawać się właściwie każdy, niezależnie od wykształcenia i poziomu przygotowania. Oprócz profesjonalistów na rynku występowały także osoby, które np. przeszły roczne kursy online i na ich podstawie oferowały wsparcie. Dopiero nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, która weszła w życie 1 stycznia 2024 r., wprowadziła szcztątkową regulację w tym zakresie na poziomie ustawowym (wcześniej podobne regulacje zawarte były w rozporządzeniach związanych z finansowaniem świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych). Obejmuje ona definicję psychoterapii oraz wymagania dla psychoterapeutów prowadzących psychoterapię w ramach opieki zdrowotnej. Jako taka nie rozwiązuje więc wszystkich problemów. Z uwagi na szczególne potrzeby regulacje prawne⁵⁵ wyodrębniają

⁵⁵ W szczególności rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

też **specjalistę w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży**⁵⁶ oraz **specjalistę psychoterapii uzależnień**⁵⁷.

Pod kątem reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego bardzo ważnym zawodem jest **także terapeuta środowiskowy**. W świetle § 2 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień jest nim osoba, która

⁵⁶ Osobę, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży w sposób określony w rozporządzeniu w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia lub osobę posiadającą decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu dorobku naukowego lub zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

⁵⁷ Osobę, która posiada kwalifikacje specjalisty psychoterapii uzależnień uzyskane na podstawie ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub przepisów wydanych na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi lub uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie psychoterapii uzależnień.

posiada co najmniej wykształcenie średnie i ukończyła szkolenie z zakresu terapii środowiskowej określone w zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia ramowym programie szkolenia z zakresu terapii środowiskowej, lub osobę, która posiada wiedzę i umiejętności w zakresie terapii środowiskowej osób z zaburzeniami psychicznymi potwierdzone zaświadczeniem wydanym przez kierownika podmiotu leczniczego, w którym wykonuje obowiązki na stanowisku terapeuty środowiskowego. Przywołane rozporządzenie reguluje jednak tylko wymogi zawodowe niezbędne do udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Terapeuta środowiskowy jest przy tym względnie nowym zawodem, a szczegółowe wymagania dotyczące personelu realizującego terapię środowiskową w ramach zespołu lub ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej I poziomu referencyjnego obowiązują od 1 kwietnia 2024 r.⁵⁸.

⁵⁸ Termin ten został przesunięty o rok z pierwotnie zaplanowanego 1 kwietnia 2023 r.

ROZWIĄZANIE

Rozwiązanie powyżej przedstawionych problemów wymaga istotnych zmian regulacyjnych. Pierwszą z nich powinna być **gruntowne znowelizowana lub zupełnie nowa ustawa o zawodzie psychologa, która regulować będzie zasady przygotowania zawodowego i wykonywania tego zawodu**. Sam postulat nie jest niczym nowym, jako że środowisko psychologów od lat zabiega o podjęcie prac nad nową ustawą, która w praktyce będzie wreszcie stosowana. Ostatnim przejawem inicjatywy w tym zakresie był poselski projekt ustawy o zawodzie psychologa procedowany w 2021 r. Jak wskazano w jego uzasadnieniu, do głównych celów proponowanej ustawy należało uregulowanie uzyskiwania prawa wykonywania zawodu psychologa oraz wykonywania zawodu psychologa, a także ustalenie zasad organizacji i funkcjonowania samorządu zawodowego psychologów. Projekt ustawy został zaproponowany, ponieważ – jak

dalej wskazano w jego uzasadnieniu – „obowiązująca ustawa przestała wpisywać się w zmieniający się system prawny i przepisy prawa unijnego. Szanse na utworzenie samorządu zawodowego i wdrożenie przepisów ustawy z 2001 roku należy szacować jako bliskie zeru. Na tej podstawie należy wyciągnąć **wniosek o potrzebie nowej ustawy o zawodzie psychologa**”.

W maju 2024 r. do wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów został wpisany projekt ustawy o zawodzie psychologa, który ma umożliwić wykonywanie tego zawodu tylko osobom z odpowiednimi kwalifikacjami oraz postawą etyczną. Organem odpowiedzialnym za opracowanie projektu zostało Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Planowany termin przyjęcia projektu przez Radę Ministrów to dopiero I kwartał 2026 r. W tym kontekście warto wyraźnie zasygnalizować **potrzebę wyodrębnienia i podniesienia rangi psychologa klinicznego**, czyli – pod kątem prawnym – psychologa, który przed wejściem

w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia ukończył specjalizację I stopnia w dziedzinie psychologii klinicznej⁵⁹. Psychologiem klinicznym jest specjalista, który wężej w porównaniu do psychologa, ale znacznie bardziej specjalistycznie, świadczy swoje usługi najczęściej we współpracy z lekarzami (w szczególności psychiatrami i neurologami) i innymi specjalistami medycznymi na rzecz pacjentów podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Psycholog kliniczny mógłby docelowo, w pewnym zakresie, m.in. preskrypcji leków, odciążać lekarzy i pozostały personel medyczny w opiece nad pacjentem. Wymagałoby

⁵⁹ Przywołane rozporządzenie wprowadziło pojęcie specjalisty psychologii klinicznej, czyli psychologa, który uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej w sposób określony w rozporządzeniu w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia albo zgodnie z tym rozporządzeniem zachował tytuł specjalisty II stopnia z psychologii klinicznej. Pod kątem prawnym zasadne jest ujednoczenie pojęć w tym zakresie.

to uprzedniego dostosowania programu specjalizacji.

Podobnie w przypadku zawodu psychoterapeuty, **trwają już prace nad przygotowaniem ustawy zawodowej, która normować będzie proces kształcenia, wykonywania zawodu i posługiwania się tytułem zawodowym psychoterapeuty**.

W momencie przygotowania tego raportu prace prowadzone są na poziomie parlamentarnego zespołu ds. ustawowego uregulowania zawodu psychologa i psychoterapeuty⁶⁰. To także niezwykle potrzebny akt prawny, który unormuje wykonywanie jednego z kluczowych dla ochrony zdrowia psychicznego zawodów, który – z zastrzeżeniem wskazanych wcześniej zmian prawnych – pozostawał dotąd nieregulowany.

W przypadku terapeutów środowiskowych należy monitorować wdrożenie reformy systemu ochrony zdrowia

⁶⁰ <https://www.sejm.gov.pl/sejm10.nsf/agent.xsp?symbol=ZESPOL&Zesp=1000>

psychicznego pod kątem jakości sprawowanej przez nich opieki w celu przeprowadzenia oceny skutków regulacji ex post, by wychwycić ewentualne problemy i móc je adekwatnie skorygować, w tym m.in. poprzez zmiany legislacyjne.



KOORDYNOWANA OPIEKA W ZAKRESIE OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO

POTRZEBA

Mając na uwadze złożoność środowiska, w którym poruszają się dzieci i nastolatki, w kontekście ochrony zdrowia psychicznego szczególnego znaczenia nabiera **współpraca i koordynacja działań z tym związanych na kilku poziomach**. Obejmuje ona zarówno obszar działalności leczniczej (np. współpraca psychiatry z lekarzem POZ), jak i w inne obszary (np. współpraca lekarza z psychologiem szkolnym lub innym przedstawicielem systemu oświaty). Dla zapewnienia sprawnej koordynacji ważne jest także **zapewnienie obiegu danych o małym pacjentem, który umożliwiłby poznanie ścieżki pacjenta**, bieżącego stanu zdrowia, co umożliwi np. unikania niepotrzebnych powtórnych badań. Wielość podmiotów, w których potencjalnie można otrzymać potrzebne wsparcie, uzasadnia też stworzenie kompleksowej mapy, na której nastolatki lub ich rodzice mogliby

odszukać najbliższy ośrodek. **W efekcie możliwe powinno być sprawniejsze rozwijanie usług środowiskowych, czyli rozwiązań dostępnych „bliżej” pacjenta, które jednocześnie przyczyniać będą się do odciążenia szpitali, do których powinny trafiać jedynie osoby potrzebujące opieki w takim właśnie trybie.**

PROBLEM

Dynamika przyjęć pacjentów podczas roku szkolnego wskazuje na ogromny wpływ funkcjonowania systemu edukacji na dobrostan psychiczny dzieci i młodzieży. W trakcie prac nad nowym modelem opieki psychiatrycznej zidentyfikowano problem dotyczący **trudności z utrzymaniem się w szkole dzieci z problemami psychicznymi**⁶¹. W konsekwencji duża liczba młodych ludzi latami (często 2-3 lata) jest

⁶¹ W szczególności z zaburzeniami neurorozwojowymi – zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, zaburzenia ze spektrum autyzmu, specyficzne zaburzenia umiejętności szkolnych, zaburzenia nastroju – epizod depresji, choroba afektywna dwubiegunowa, zaburzenia lękowe, zaburzenia psychiatryczne.

pacjentami oddziałów dziennych, gdyż w opinii rodziców i opiekującego się nimi personelu jest to jedyny sposób, by młodzież ta ukończyła szkołę. W szkołach macierzystych nie otrzymują adekwatnego, należytego im wsparcia.

Problem braku koordynacji działań związanych z ochroną zdrowia i edukacją ilustruje przykład szkół przyszpitalnych. **Choć powstają nowe oddziały dzienne psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, występują znaczne trudności w nawiązywaniu współpracy z samorządami w zakresie tworzenia szkół przyszpitalnych lub w nawiązywaniu porozumień ze szkołami publicznymi.**

Koordynacje utrudniają bariery związane z dostępem do danych. **Bardzo często osoby sprawujące opiekę nad małym pacjentem nie widzą jego ścieżki i wcześniej uzyskiwanych wyników badań.** W efekcie dochodzi do dublowania się badań i prowadzonych oddziaływań w obszarze ochrony zdrowia, edukacji i polityki społecznej.

Ponadto **brakuje platformy, która w pełni gromadziłaby informacje o wszystkich podmiotach świadczących usługi psychologiczne, psychoterapeutyczne, pedagogiczne, medyczne, środowiskowe, socjalne i inne**. W efekcie zarówno rodzice i opiekunowie, jak i specjaliści, mają trudności ze znalezieniem odpowiednich miejsc oferujących te formy opieki i wsparcia.

ROZWIĄZANIE

- **Efektywna i zintegrowana współpraca pomiędzy systemem oświaty a działaniami prowadzonymi w Ministerstwie Zdrowia w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.** Należy wypracować model wzajemnej współpracy, który powinien jasno definiować zadania podmiotów świadczących poszczególne usługi edukacyjne lub zdrowotne, wskazywać zakres odpowiedzialności. Skutkiem powinno być zapewnienie

kompleksowego wsparcia dla dzieci, młodzieży i ich rodzin.

- **Kontynuacja działań mających na celu koordynację wsparcia psychologicznego w ramach współpracy trójstronnej: szkoła – poradnia psychologiczno-pedagogiczna – ośrodek/zespół środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży (I poziom referencyjny opieki psychiatrycznej).** Opracowanie ścieżki dziecka i nastolatka w zakresie specjalistycznej opieki z podziałem zadań na sektor oświaty i ochrony zdrowia, uwzględniając dostępne zasoby kadrowe, głównie w odniesieniu do psychologów, pedagogów i psychoterapeutów. Wsparcie strony publicznej w zakresie tworzenia szkół przyszpitalnych.
- **Wypracowanie mechanizmów sprzyjających koordynacji i wprowadzenie odpowiadających im przepisów prawa, które umożliwiłyby wymianę informacji pomiędzy**

różnymi ośrodkami na temat małych pacjentów.

- **Stworzenie centralnej platformy informacyjnej, która będzie zawierać szeroką bazę danych podmiotów świadczących usługi związane z ochroną zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.** Platforma ta powinna zawierać szczegółowe informacje na temat placówek, które nie ograniczają się wyłącznie do lokalizacji i danych kontaktowych, ale obejmują również godziny otwarcia, zakres świadczonych usług czy informacje o ich dostępności. Wszelkie dane powinny być regularnie aktualizowane. Bazę takiej centralnej platformy mogłaby stanowić mapa leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży, na którą naniesiono ośrodki wszystkich trzech poziomów referencyjnych⁶².

⁶² <https://pacjent.gov.pl/arttykul/leczenie-psychiatryczne-mlodziezy-i-dzieci-mapa>.

WSPÓŁPRACA W OBSZARZE PEDIATRII, TOKSYKOLOGII, LECZENIA UZALEŻNIEŃ

POTRZEBA

Zwiększenie efektywności współpracy w obszarze pediatrii, toksykologii i leczenia uzależnień w zakresie leczenia małych pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.

PROBLEM

Problem w tym zakresie ma złożony charakter. Składają się na niego:

- niedostateczna współpraca;
- brak ujednoczonych zasad współpracy pomiędzy oddziałami pediatrycznymi, SOR-ami oraz ośrodkami leczenia uzależnień młodzieży, co utrudnia skuteczne leczenie małych pacjentów;
- brak wsparcia specjalistycznego;
- brak stałych konsultacji psychiatrycznych i wsparcia psychologicznego w oddziałach pediatrycznych;
- istnieje także niedobór oddziałów detoksykacyjnych dla młodzieży;

- wzrost uzależnień u młodszych dzieci;
- przesuwaną się granicą wieku w zakresie szkodliwego używania substancji psychoaktywnych i urządzeń elektronicznych, obejmująca coraz młodsze dzieci, co wymaga specjalistycznych programów terapeutycznych.
- brak standaryzowanych programów terapii;
- brak istnienia wystandaryzowanych programów terapii dla nastolatków szkodliwie korzystających z substancji psychoaktywnych oraz urządzeń elektronicznych, co utrudnia leczenie tej grupy pacjentów;
- podwójne diagnozy.

Wiele dzieci i młodzieży cierpi zarówno na zaburzenia psychiczne, jak i uzależnienia, co wymaga specjalistycznego podejścia terapeutycznego.

ROZWIĄZANIE

- **Zasady współpracy:** opracowanie i wdrożenie ujednoczonych zasad współpracy między oddziałami

pediatrycznymi, SOR-ami, a ośrodkami leczenia uzależnień młodzieży, uwzględniającymi również starsze dzieci i nastolatków.

- **Wsparcie specjalistyczne:** zapewnienie stałych konsultacji psychiatrycznych i wsparcia psychologicznego w oddziałach pediatrycznych. Utworzenie oddziałów detoksykacyjnych dla młodzieży.
- **Specjalistyczne programy terapeutyczne:** opracowanie specjalistycznych programów terapeutycznych dla dzieci i młodzieży problemowo korzystających z urządzeń elektronicznych, na podstawie wyników pilotażu. Stworzenie wystandaryzowanych programów terapii dla nastolatków uzależnionych od substancji psychoaktywnych, z uwzględnieniem podwójnych diagnoz (zaburzenia psychiczne i uzależnienia).
- **Standardy współpracy:** wypracowanie standardów współpracy ośrodków realizujących

programy terapeutyczne z podmiotami realizującymi świadczenia w ramach poziomów referencyjnych, w szczególności z ośrodkami i zespołami pierwszego poziomu referencyjnego.

PROFILAKTYKA I BADANIA PRZESIEWOWE

POTRZEBA

Zapewnienie wczesnego wykrywania zaburzeń ze spektrum autyzmu oraz skutecznej profilaktyki zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, zwłaszcza osób przebywających w niekorzystnych warunkach społecznych.

PROBLEM

Brak systematycznych badań przesiewowych: Obecnie brakuje obowiązkowych badań przesiewowych w kierunku zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD) w ramach opieki w POZ oraz podczas bilansu dwulatka. Wczesne wykrycie takich zaburzeń jest kluczowe dla efektywnej interwencji i wsparcia.

Niedostateczna profilaktyka zdrowia psychicznego: Istnieje potrzeba wdrożenia skutecznych działań z zakresu profilaktyki pierwotnej i wtórnej, zwłaszcza dla dzieci i młodzieży przebywających

w niekorzystnych warunkach społecznych. Brak takich działań może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia psychicznego w tej grupie.

ROZWIĄZANIE

Wdrożenie badań przesiewowych:

- **Badania w POZ:** Wprowadzenie badań przesiewowych w kierunku zaburzeń ze spektrum autyzmu w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).
- **Bilans dwulatka:** Integracja badań przesiewowych z obowiązkowym bilansem zdrowia dwulatka, co umożliwi wczesne wykrycie i odpowiednie skierowanie do specjalistów.

Profilaktyka zdrowia psychicznego:

- **Profilaktyka pierwotna:** Wdrożenie programów edukacyjnych i wsparcia dla rodziców i opiekunów, aby mogli lepiej rozumieć i reagować na potrzeby psychiczne swoich dzieci. Programy te powinny

obejmować informacje na temat zdrowego stylu życia, zarządzania stresem i wczesnych sygnałów ostrzegawczych problemów psychicznych.

- **Profilaktyka wtórna:** Opracowanie i wdrożenie systemu wczesnej interwencji dla dzieci i młodzieży, u których zidentyfikowano czynniki ryzyka problemów psychicznych. Programy te powinny obejmować dostęp do psychologów i terapeutów w szkołach oraz poradniach zdrowia psychicznego.

Skupienie na dzieciach w niekorzystnych warunkach społecznych:

- **Indywidualne podejście:** Specjalne programy wsparcia dla dzieci i młodzieży przebywających w niekorzystnych warunkach społecznych. Programy te powinny być ukierunkowane na poprawę ich warunków życia oraz zapewnienie dostępu do odpowiedniej opieki psychologicznej i psychiatrycznej.
- **Szkolenia dla pracowników**

socjalnych: Przeprowadzenie szkoleń dla pracowników socjalnych, nauczycieli i innych profesjonalistów pracujących z dziećmi, aby zwiększyć ich świadomość i umiejętności w zakresie wczesnego rozpoznawania i reagowania na problemy psychiczne.

PRESKRYPCJA BEZPŁATNYCH LEKÓW PRZEZ PSYCHIATRÓW

POTRZEBA

Dzieci i młodzież powinny mieć zapewniony **dostęp do niezbędnych leków związanych z ochroną zdrowia psychicznego**. Obejmuje to samą dostępność leków refundowanych, jak i możliwość szybkiego uzyskania niezbędnej recepty od osoby zaangażowanej bezpośrednio w udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu ochrony zdrowia psychicznego.

PROBLEM

Pierwszym zasadniczym problemem jest **ograniczony dostęp do zarejestrowanych i objętych refundacją w Polsce leków, które mogą zostać zastosowane w leczeniu zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży**. Wiele substancji, które są rekomendowane przez towarzystwa naukowe i ekspertów oraz uzyskały już rejestrację w populacji pacjentów pediatrycznych w innych państwach

na świecie, w Polsce takiej rejestracji nie uzyskało. Oznacza to, że **mogą być stosowane jedynie na zasadzie off label** (tj. poza wskazaniami). Jest to poważne ograniczenie, ponieważ w braku odpowiednio przekazanej informacji ze strony lekarza rodzic będzie podejmował decyzję o leczeniu głównie w oparciu o informacje o przeciwwskazaniach dla pacjentów poniżej 18 roku życia. Tytułem przykładu można wskazać leki stosowane w schizofrenii, czyli leki długodziałające, stosowane w iniekcji – nie mają ani refundacji, ani rejestracji u pacjentów niepełnoletnich. Podobnie w przypadku choroby afektywnej dwubiegunowej lista leków posiadających rejestrację i refundację jest mocno ograniczona.

Drugim problemem są **ograniczenia w preskrypcji**. Zgodnie z art. 43a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniobiorcom do ukończenia 18. roku życia przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki, środki spożywcze

specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne określone w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji (tzw. lista leków refundowanych) na podstawie recepty wystawionej przez **lekarza lub pielęgniarkę udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów z NFZ w podstawowej opiece zdrowotnej, ambulatoryjnej opiece specjalistycznej lub leczeniu szpitalnym. Tak sformułowane przesłanki wykluczają część psychiatrów z możliwości wystawienia podobnej recepty dzieciom i młodzieży**. Dotyczy to specjalistów udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach **centrum zdrowia psychicznego, szpitala psychiatrycznego, hospicjum lub prywatnego gabinetu**.

Na związany z tym problem zwracał uwagę m.in. Rzecznik Praw Obywatelskich⁶³, powołując się także na stanowisko środowiska lekarzy psychiatrów, którzy odczytują takie

63 <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-lekarze-psychiatrzy-bezplatne-leki-mz>

ukształtowanie przepisów jako brak zaufania, a nawet przejaw dyskryminacji psychiatrii. Nie jest bowiem jasne, z jakich powodów recepty na bezpłatne leki stosowane w zaburzeniach psychicznych mogą wystawiać lekarze rodzinni, pielęgniarki, lekarze specjaliści innych dziedzin medycyny, a nie mogą lekarze psychiatrzy.

Rozwiązanie takie jest niekorzystne z perspektywy ochrony małoletnich pacjentów, którzy we wskazanych powyżej okolicznościach **tracą możliwość otrzymania recepty na bezpłatne leki bezpośrednio od psychiatry – zwłaszcza w sytuacji, w której problem dotyczy ośrodka II stopnia referencyjnego jakim jest centrum zdrowia psychicznego**. Jak zauważa Rzeczniczka Praw Dziecka⁶⁴, wydłuża to ścieżkę uzyskania recepty na lek z oznaczeniem bezpłatnego zaopatrzenia: rodzic bądź opiekun musi najpierw zyskać pisemną informację o rozpoznaniu,

64 <https://brpd.gov.pl/2024/03/29/rowny-dostep-do-lekow-to-prawo-kazdego-malego-pacjenta/>

sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach (w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania), oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych od lekarza prowadzącego leczenie zasadnicze, a następnie zapisać się na wizytę do lekarza POZ, by przedstawić mu otrzymane informacje i by on, jako osoba uprawniona, mógł ostatecznie wystawić bezpłatną receptę na określony lek.

Jak wskazuje Rzecznik Praw Dziecka, realizacja uprawnienia małoletniego do bezpłatnego zaopatrzenia w leki nie może być różnicowa ze względu na rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, z którego dziecko korzysta ani na miejsce udzielania mu tych świadczeń.

ROZWIĄZANIE

Zwiększenie zakresu leków posiadających rejestrację oraz refundację wymaga zapewnienia dodatkowych dowodów naukowych, które mogą okazać się bardzo pomocne w tym procesie. Warto

zaangażować Agencję Badań Medycznych, która mogłaby przeznaczyć dedykowane środki na wsparcie badań klinicznych w obszarze ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.

Należy znowelizować art. 43a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w taki sposób, aby uprawnienie do preskrypcji bezpłatnych leków obejmowało także lekarzy placówek opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, centrów zdrowia psychicznego, poradni zdrowia psychicznego, zespołów leczenia środowiskowego czy oddziałów dziennych.

ZAPEWNIENIE SZCZEGÓLNYCH ROZWIĄZAŃ ZWIĄZANYCH Z POUFNOŚCIĄ

POTRZEBA

Dostęp do różnych form pomocy zależy także od chęci i woli skorzystania z nich przez odbiorcę. Dzieci i młodzież nie powinny mieć obaw przed szukaniem wsparcia związanego z ochroną zdrowia psychicznego. **Kontakt z psychiatrą, psychologiem, psychoterapeutą, pedagogiem szkolnym lub innym profesjonalistą powinien odbywać się w warunkach gwarantujących poufność i bezpieczeństwo niepełnoletniej osoby oraz poczucie pełnego zaufania.** Poszukujący wsparcia powinien mieć pewność, że zwrócenie się o pomoc nie doprowadzi do pogorszenia jego sytuacji. Tym samym regulacje prawne powinny przewidywać rozwiązania, w których co najmniej część form pomocy może być dostępna dla dzieci i młodzieży – na zasadzie wyjątku, w szczególnych sytuacjach – **bez obowiązku uprzedniego uzyskania zgody rodzica lub innego opiekuna prawnego.**

PROBLEM

Obowiązujące regulacje prawne nie przewidują mechanizmu, który jednoznacznie gwarantowałby osobom niepełnoletnim możliwość samodzielnego szukania pomocy i pełną poufność informacji przekazywanych w związku z korzystaniem z profesjonalnego wsparcia z zakresu ochrony zdrowia psychicznego. Rodzice (lub inne osoby będące opiekunami prawnymi), z racji pełnionej władzy rodzicielskiej, mają prawo do wyrażania zgody związanej z korzystaniem z usług (w tym w szczególności zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego). Podobnie mają też prawo otrzymać informację dotyczącą ich dzieci, w tym tą związaną z faktem korzystania przez nie z podobnego wsparcia i jego przebiegu. O ile takie uprawnienia generalnie są jak najbardziej uzasadnione i potrzebne, **zachodzić mogą wyjątkowe sytuacje, w których wymóg uprzedniej zgody rodzica może być sprzeczny z dobrem dziecka. Dotyczy to przypadków, w których głównym źródłem problemów psychicznych osoby**

niepełnoletniej jest właśnie jej relacja z rodzicem (lub innym opiekunem prawnym). Obawa, że rodzic może dowiedzieć się o próbie uzyskania pomocy, może odstraszać przed faktycznym z niej skorzystaniem, co prowadzić będzie do utrzymywania się problemu lub jego nasilenia.

Ciekawą obserwacją potwierdzającą takie zjawisko jest wzrost liczby wiadomości skierowanych do Zespołu Telefonu Zaufania i towarzyszący mu spadek liczby połączeń telefonicznych podczas pandemii. Tłumaczy się to zjawisko faktem, że w czasie wymuszonej względami epidemiologicznymi izolacji, kiedy wszyscy domownicy musieli być w domu, **obecność za ścianą rodzica lub innego dorosłego mogła powodować strach przed podsłuchaniem przez kogoś odbywającej się rozmowy lub jej przeszkodzeniem**⁶⁵. Co więcej,

65 P. Dąbrowska, (2021). Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w roku 2020 na podstawie rozmów w 116 111– telefonie zaufania. Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka, 20(2): Ochrona dzieci przed krzywdzeniem w czasie pandemii COVID-19).

osoby niepełnoletnie, które mają problem z rozmowami o swoich emocjach, jako podstawową tego przyczynę wskazują wstyd i problemy z proszeniem o pomoc⁶⁶. Sam fakt, że rodzic lub inny dorosły może dowiedzieć się o problemach dziecka, może zniechęcać przed szukaniem profesjonalnej pomocy⁶⁷. Podobne wnioski wynikają też z innych badań, z których wynika, że w ocenie dzieci rodzicom brakuje świadomości lub zrozumienia problemów zdrowia psychicznego⁶⁸.

Obowiązujące regulacje nie przewidują celowanych rozwiązań, które mogłyby pomóc ograniczyć

66 *Praktyki dbania o zdrowie psychiczne przez młodych Polaków. Raport z badań*. Raport przygotowany pod kierunkiem dr hab. Emilii Paprzyckiej, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie, Warszawa 2023.

67 Przedstawione dane nie wykluczają odwrotnej sytuacji, w której stała obecność rodziców pozwala wyeliminować problem. Im bardziej rodzice mają świadomość możliwości występowania problemu, tym większa szansa, że będą oni wsparciem mentalnym dla swoich dzieci – z tego powodu tak ważna jest promocja zachowań prozdrowotnych i edukacja systemowa.

68 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214782920300063>

powyżej przedstawiony problem. **W pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę na wymóg zgody rodzica lub innego opiekuna prawnego, której uzyskanie warunkuje możliwość pomocy.**

W przypadku wsparcia, które przybierać będzie formę udzielania świadczenia zdrowotnego (np. porada psychiatryczna), konieczne jest uwzględnienie regulacji z zakresu prawa medycznego. Zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych. Zasadniczo więc to zgoda rodzica jest podstawą do udzielania świadczenia zdrowotnego dziecku. Dopiero małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia tzw. zgody łącznej, obok rodzica lub innego opiekuna prawnego. Wyjątki, które upoważniają osobę wykonującą zawód medyczny do udzielenia świadczenia bez wymaganej zgody, odnoszą się do stanów nagłych i braku możliwości

kontakty z osobą uprawnioną do jej wyrażenia.

Zawód psychologa regulowany jest przez przepisy dedykowanej mu ustawy o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów. Zgodnie z art. 12 ust. 1 przywołanego aktu, podjęcie usług psychologicznych następuje za zgodą osoby (klienta) lub grupy osób (klientów) stanowiących podmiot diagnozowania i oddziaływania psychologicznego. Tym samym w przypadku podjęcia usług względem osób niepełnoletnich, z uwagi na regulacje kodeksu cywilnego oraz kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, potrzebna będzie zgoda opiekuna prawnego.

Cześć profesjonalnego wsparcia może być świadczona poza dedykowanym reżimem prawnym, np. w ramach wykonywania zawodu psychoterapeuty. W tym przypadku także zastosowanie znajdują regulacje kodeksu cywilnego oraz kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a zatem do skorzystania ze wsparcia także

potrzebna będzie zgoda wyrażona przez opiekuna prawnego.

Przyjmując, że świadczenie zdrowotne lub porada zostaną udzielone osobie niepełnoletniej, **opiekunom prawnym przysługiwać będzie prawo do uzyskania o tym informacji, a więc będą mogli dowiedzieć się co najmniej, że ich dziecko poszukiwało pomocy.** W przypadku świadczeń zdrowotnych, zgodnie z art. 9 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przedstawiciel ustawy ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. W przypadku psychologów (ustawa o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów nie zawiera podobnie szczegółowego

zobowiązania⁶⁹) oraz zawodów nieregulowanych, brakuje podobnych obowiązków, jednak uprawnienie do informacji o takim charakterze wywieść można z władzy rodzicielskiej – prawa do wykonywania pieczy nad dzieckiem. Ponadto **rodzic będzie mieć prawo do uzyskania kopii danych osobowych dziecka utrwalonych w związku z usługą.**

Dodatkowo należy zwrócić uwagę na art. 240 kodeksu karnego, zgodnie z którym ten, kto, mając wiarygodną wiadomość o karalnym przygotowaniu albo usiłowaniu lub dokonaniu określonych czynów zabronionych⁷⁰ lub przestępstwa o charakterze terrorystycznym, nie zawiadamia niezwłocznie organu powołanego do ścigania przestępstw,

69 Zgodnie z art. 13 ust. 1 ustawy o zawodzie psychologa psycholog poinformuje klienta o celu postępowania, jego przebiegu, wynikach i sposobie ich udostępniania oraz powinien uzyskać akceptację planowanych czynności.

70 Czynu zabronionego określonego w art. 118, art. 118a, art. 120–124, art. 127, art. 128, art. 130, art. 134, art. 140, art. 148, art. 148a, art. 156, art. 163, art. 166, art. 189, art. 197 § 3–5, art. 198, art. 200 lub art. 252 kodeksu karnego.

podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Obejmuje to także potencjalnie sytuacje, w których małoletni zgłaszający się z problemami z zakresu zdrowia psychicznego przekazuje informacje o czynach karalnych, które mogą mieć związek z jego problemami, np. przemoc w rodzinie.

Osobnym problemem może być uzyskanie niezbędnej zgody rodzica w sytuacji, w której doszło do ograniczenia władzy rodzicielskiej. Ograniczenia te mają charakter zakresowy, nie muszą zatem obejmować obszaru decydowania o postępowaniu leczniczym względem dziecka. W tego rodzaju sytuacjach (a także w sytuacjach, w których postępowanie o odebraniu lub ograniczeniu władzy rodzicielskiej jest w toku) **uzyskanie wymaganej prawnie zgody w praktyce okazuje się niezwykle trudne i czasochłonne** – rodzice zazwyczaj nie utrzymują już kontaktu z dzieckiem, nie są zainteresowani jego losem lub celowo utrudniają leczenie dziecka. W podobnych sytuacjach uzyskanie zgody sądu rodzinnego

i opiekuńczego w rozsądnym pod kątem potrzeb zdrowotnych dziecka terminie także okazuje się wyzwaniem. Kwestie proceduralne działają na niekorzyść dobra dziecka, ograniczając możliwość skorzystania z pomocy profesjonalisty.

ROZWIĄZANIE

Regulacje dotyczące wyrażania zgody oraz uprawnienia informacyjne mające zagwarantować nadzór rodziców (innych opiekunów prawnych) nad tym, co dzieje się z dzieckiem, są oczywiście jak najbardziej potrzebne. Niemniej warto rozważyć wprowadzenie od nich wyjątków związanych bezpośrednio z ochroną zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.

W pierwszej kolejności **wymóg uzyskania zgody na rodzica na udzielenie świadczenia zdrowotnego lub innej usługi związanej z ochroną zdrowia psychicznego mógłby zostać ograniczony w sytuacji, w której zgłaszany przez dziecko problem uzasadnia potrzebę niezwłocznego przeprowadzenia**

badania. Jeżeli badanie wskazywać będzie na okoliczności mogące być podstawą odebrania władzy rodzicielskiej, udzielający wsparcia powinien mieć obowiązek poinformować o tym np. sąd opiekuńczy, który podejmie decyzje co do dalszych działań. Warto też rozważyć wprowadzenie podobnego wyjątku do art. 240 kodeksu karnego. Mógłby on polegać na tym, że w sytuacji uzasadnionej dobrem dziecka w pierwszej kolejności zawiadamia się niezwłocznie sąd opiekuńczy, który podejmie decyzje co do dalszych działań z uwzględnieniem potrzeby ochrony zdrowia psychicznego dziecka.

Alternatywnie, psychiatra, psycholog lub psychoterapeuta, który uzna, że dziecko – niezależnie od wieku – jest w stanie z rozeznanem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, powinien być zwolniony od obowiązku uzyskania dodatkowej zgody. Formą ewentualnej kontroli mógłby być obowiązek poinformowania o takich fakcie inną osobę wykonującą dany zawód.

Rozwiązania o podobnym charakterze były już przyjmowane w innych krajach. W 2019 r. w stanie Kolorado w Stanach Zjednoczonych przyjęto ustawę, która umożliwia nieletnim klientom korzystanie z usług w zakresie zdrowia psychicznego bez zgody rodziców, począwszy od 12 roku życia⁷¹. Podobna regulacja została przyjęta w stanie Maryland w 2021 r.⁷². Bardzo podobnie jest też w kanadyjskiej prowincji Quebec. Osoba w wieku 14 lat może zwrócić się o pomoc lekarską – antykoncepcję lub poradę psychiatryczną – bez zgody rodziców, a pracownikom systemu ochrony zdrowia nie wolno udostępniać informacji o stanie zdrowia bez pisemnej zgody nastolatka⁷³.

W przypadku konieczności uzyskania zgody rodzica, gdy

⁷¹ <https://www.hallevans.com/mental-health-care-for-children-without-parental-permission/>

⁷² <https://mdpsych.org/2021/11/lower-age-for-consent-took-effect-october-1/>

⁷³ <https://www.theglobeandmail.com/life/the-tricky-issue-of-consent-in-adolescent-mental-health-care/article24569021/>

doszło do ograniczenia władzy rodzicielskiej (lub postępowania w tym przedmiocie w toku) **można rozważyć wprowadzenie dedykowanego trybu, jeżeli kontakt z rodzicem okazuje się niemożliwy w określonym terminie.** W takiej sytuacji decyzję mógłby podejmować sąd opiekuńczy, przy czym jeżeli sąd nie wydałby rozstrzygnięcia w określonym terminie, powinno to oznaczać możliwość udzielania dziecku niezbędnych świadczeń. W przeciwnym razie dochodzić może do sytuacji, w których zgoda zastępcza byłaby wydawana z istotnym opóźnieniem, co działałoby na niekorzyść dziecka, którego stan zdrowia mógłby się w międzyczasie istotnie pogorszyć.

ZWIĘKSZENIE DOSTĘPNOŚCI DO PROFESJONALNEJ POMOCY Z ZAKRESU OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO

POTRZEBA

Jedną z podstawowych potrzeb związanych z zapewnieniem sprawnie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży jest **zapewnienie możliwie łatwego dostępu do pomocy udzielanej przez profesjonalistów.** Wiąże się to w pierwszej kolejności z koniecznością zapewnienia na rynku możliwie najbardziej adekwatnej do potrzeb liczby psychiatrów, psychologów, pedagogów szkolnych, psychoterapeutów i terapeutów środowiskowych. Dostępność wiąże się także z kwestiami organizacyjnymi, takimi jak właściwa ścieżka postępowania z pacjentem oraz odpowiednie względem lokalnych potrzeb rozlokowanie usług, tak by optymalnie wykorzystywać dostępne zasoby.

Dotychczasowe **działania podejmowane w zakresie wzrostu dostępności przynoszą pozytywne efekty**. Liczba lekarzy ze specjalizacją psychiatria dzieci i młodzieży w ostatnich latach stale rośnie⁷⁴. Podobnie w przypadku psychologów szkolnych – w roku szkolnym 2022/2023 liczba psychologów wzrosła (w porównaniu z rokiem szkolnym 2021/2022) o 4,2 tys. etatów – z 4,9 tys. na 9,1 tys., co stanowi wzrost o 85 proc.⁷⁵

PROBLEM

Choć dotychczasowe działania na rzecz wzrostu dostępności do profesjonalnej pomocy z zakresu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży przynoszą pozytywne efekty, równocześnie dalej rosną potrzeby w tym zakresie, coraz

74 Od 402 osób w 2017 r. do 546 w 2023 r. – dane z odpowiedzi z dnia 12 lutego 2024 r. (ZPP.050.5.2024.MSS) udzielonej z upoważnienia Ministra Zdrowia przez Sekretarza Stanu Wojciecha Koniecznego na interpelację nr 819.

75 <https://www.gov.pl/web/nauka/wzrost-zatrudnienia-psychologow-pedagogow-specjalistow-w-szkolach-i-przedszkolach>

więcej osób potrzebuje wsparcia. W skargach do Rzecznika Praw Obywatelskich rodzice dalej wskazują, że na wizytę u psychologa czy psychiatry dziecięcego należy czekać miesiącami⁷⁶. W Polsce brakowało wciąż 27,32 proc. psychologów na rok szkolny 2023/2024, a 450 gmin deklarowało, że nie ma ani jednego obsadzonego etatu⁷⁷. Tym samym postępujący **wzrost liczby specjalistów wciąż może pozostawać nieproporcjonalny do rosnących potrzeb dzieci i młodzieży**.

Jak zauważyła jednak w 2020 r. NIK, Minister Zdrowia nie określił wskaźników minimalnej liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży, która zaspokoiłaby potrzeby, ani też nie opracowano modelu prognozowania zapotrzebowania na m.in. tych specjalistów by – uwzględniając zmiany demograficzne – zapewnić

76 <https://pulsmedycyny.pl/rpo-brakuje-psychiatrow-i-psychologow-w-publicznej-ochronie-zdrowia-1210283>

77 <https://www.rp.pl/prawo-dla-ciebie/art38981151-uczniowie-potrzebuj-wsparcia-psychologow-ale-tych-bardzo-brakuje>

ich niezbędną liczbę. Dlatego **nie wiadomo, ilu lekarzy jest obecnie potrzebnych, a ilu będzie potrzebnych w przyszłości**⁷⁸.

Powiązany z powyższym jest sygnalizowany w dyskusji publicznej problem **ryzyka obniżenia poziomu kształcenia**, które miałyby się przyczynić do szybszego zwiększenia liczby profesjonalistów kosztem jakości przygotowania zawodowego. Temat ten podnosi się w szczególności w kontekście psychologów⁷⁹. Raport Uniwersytetu Jagiellońskiego i Uniwersytetu SWPS wskazuje, że większość uczelni kształcących psychologów posiada kategorię naukową. Liczba osób studiujących na tych uczelniach stanowiła w 2022 r. 33,5 tys. czyli ok. 60% wszystkich studiujących psychologię. **Jednak aż 23 tys. (ok. 40%) osób kształciło się**

78 <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/lecznictwo-psychiatryczne-dzieci-i-mlodziezy.html>

79 Por. np. <https://www.medonet.pl/psyche/psychologia,opiece-psychologicznej-w-polsce-grozi-chaos--psychologowie-nie-chca-na-rynku-absolwentow-szybkich-podyplomowek,artykul,26305377.html>

w uczelniach nieprzystępujących do ewaluacji naukowej tej dyscypliny naukowej, w tym 5,5 tys. w uczelniach akademickich i 17,5 tys. w uczelniach zawodowych, które w ogóle nie mają obowiązku poddawania się ewaluacji działalności naukowej⁸⁰.

Dodatkową trudnością pozostają szeroko rozumiane **kwestie organizacyjne**, które przejawiają się na kilku poziomach. Zwracał na to uwagę m.in. Rzecznik Praw Obywatelskich, który wskazał, że choć założenia reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży są oceniane co do zasady jako właściwe, w wielu obszarach jej wdrażanie wymaga ponownego przemyślenia i zmiany praktyki – chodzi przede wszystkim o **brak współpracy pomiędzy poszczególnymi poziomami referencyjnymi i brak właściwej koordynacji działań i przepływu**

80 https://www.uj.edu.pl/wiadomosci/-/journal_content/56_INSTANCE_d82IKZvhit4m/10172/155896760

informacji⁸¹. Największym problemem w ocenie NIK jest jednak **nierównomierne rozmieszczenie psychiatrów dzieci i młodzieży na terenie kraju**⁸².

ROZWIĄZANIE

Zwiększenie liczby profesjonalistów w zakresie ochrony zdrowia psychicznego jest możliwe przez szereg różnych aktywności, zarówno prawnych, jak i przede wszystkim tych pozaprawnych. Działania mające doprowadzić do dalszego wzrostu liczby praktykujących lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży deklaruje Ministerstwo Zdrowia, wskazując na:

- **zaliczenie psychiatrii dzieci i młodzieży do dziedzin priorytetowych;** Skutkuje to corocznie przyznaniem wyższego wynagrodzenia

81 <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-konferencja-wspieranie-zdrowie-psychiczne-dzieci-i-mlodziez>

82 <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/lecznictwo-psychiatryczne-dzieci-i-mlodziezy.html>

zasadniczego lekarzom w rezydenckim trybie specjalizacji z zakresu psychiatrii dziecięcej, a także przyznawaniem większej liczby miejsc szkoleniowych rezydenckich w stosunku do pozostałych dziedzin.

- **zwiększenie limitów przyjęć na kierunek lekarski;**
- **wsparcie finansowe dla osób podejmujących studia na kierunku lekarskim;** Aby ułatwić podejmowanie kształcenia na studiach odpłatnych na kierunku lekarskim pod koniec 2021 r. wprowadzono dodatkowe regulacje, które przewidują wsparcie finansowe dla osób podejmujących tego typu studia. Takie wsparcie powinno się wiązać z obowiązkiem późniejszego odpracowania kwoty uzyskanej od państwa w publicznym systemie ochrony zdrowia. Własne projekty dofinansowania kształcenia organizowane są także przez samorządy⁸³.

83 <https://um.warszawa.pl/-/miejskie-granty-na-ksztalcenie-psychiatrow-dzieci>

- **zmiany w procesie naboru na szkolenie specjalizacyjne** (tzw. nabór centralny); Ma zostać zapewniona możliwość ubiegania się o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego we wszystkich województwach jednocześnie oraz wskazania 15 wyborów obejmujących dziedzinę, tryb i miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego w preferowanej kolejności.
- **umożliwienie przystąpienia o rok wcześniej niż dotychczas do LEK i LDEK⁸⁴ lekarzy, którzy ukończyli przedostatni rok studiów;** Skraca to lukę czasową oczekiwania na egzamin oraz umożliwia przystąpienie o rok wcześniej niż dotychczas do PES⁸⁵ lekarzy, którzy ukończyli przedostatni rok szkolenia specjalizacyjnego.
- **wprowadzenie przepisów umożliwiających uzyskiwanie**

84 Lekarski Egzamin Końcowy i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy.

85 Państwowy Egzamin Specjalizacyjny.

- **uprawnień do wykonywania zawodu lekarzom i lekarzom denty stom, którzy uzyskali swoje dyplomy poza krajami UE** poprzez zaliczenie Lekarskiego Egzaminu Weryfikacyjnego sprawdzającego wiedzę na poziomie określonym wymogami unijnymi;
- **wprowadzenie działań mających na celu poprawę atrakcyjności zawodów medycznych i warunków pracy pracowników medycznych dotyczące aktualizacji najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych w stosunku do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w Polsce⁸⁶.**

Skuteczność podobnych rozwiązań powinna być mierzona względem zdiagnozowanych wcześniej potrzeb. Trudno obecnie oszacować, ilu dokładnie lekarzy psychiatrów

86 Odpowiedź z dnia 12 lutego 2024 r. (ZPP.050.5.2024.MSS) udzielonej z upoważnienia Ministra Zdrowia przez Sekretarza Stanu Wojciecha Koniecznego na interpelację nr 819.

o tej specjalizacji potrzeba, by zapewnić odpowiedni poziom dostępności. W tym celu **potrzebne byłoby stworzenie map potrzeb zdrowotnych zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży**, które wskazywałyby dokładniej, jaka jest skala zapotrzebowania w określonym regionie. Umożliwiłoby to adekwatną reakcję na poziomie centralnym i regionalnym, w tym umożliwiłoby optymalniejsze wykorzystywanie obecnego potencjału.

Ponadto opieka nad zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży powinna być sprawowana przez różnych profesjonalistów. Pod tym kątem ważne jest zaprojektowanie ścieżki podstępowania, w której „pierwszy kontakt” z pacjentem mógłby następować w możliwie najsprawniejszy sposób. Nierzadko określony problem może być rozwiązany przez psychoterapeutę lub psychologa, nie wymaga interwencji psychiatry. **Warto więc opracować i wypromować oficjalne wytyczne, które kierowałyby pacjentów po systemie, tak by możliwie „odciążać” specjalistów**

od przyjmowania pacjentów, którzy równie dobrze mogą znaleźć wsparcie u przedstawicieli innych zawodów, których dostępność może być większa.

Jak wskazano wcześniej, już obecnie podejmowany jest przez różne podmioty cały szereg działań o różnym charakterze. **Tymczasem 11 kwietnia 2024 r., zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia⁸⁷, została zniesiona funkcja Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw koordynacji działań w zakresie wdrażania reformy opieki psychiatrycznej**, którego zadaniem było m.in. monitorowanie procesu wdrażania reformy opieki psychiatrycznej i koordynacja prac. Mając na uwadze trwającą reformę oraz szereg prowadzonych centralnie i lokalnie działań, które mają przyczynić się m.in. do poprawy dostępności do profesjonalnej opieki i rozwiązania sygnalizowanych wcześniej

⁸⁷ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2024 r. uchylające zarządzenie w sprawie ustanowienia Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw koordynacji działań w zakresie wdrażania reformy opieki psychiatrycznej (DZ. URZ. Min. Zdr. 2024.27).

problemów związanych z rosnącym zapotrzebowaniem na profesjonalistów z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, rekomendowane jest **wyznaczenie Pełnomocnika Rządu do spraw reformy ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.** Zadaniem Rzecznika umocowanego na poziomie Rady Ministrów powinno być w szczególności koordynowanie i nadzorowanie realizacji różnych działań strony publicznej wynikających z dokumentów strategicznych takich jak np. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, innych aktywności podejmowanych przez poszczególne ministerstwa oraz władze samorządowe, a także podejmowanie interwencji w przypadku sygnalizowania zmian przez takie instytucje jak Rzecznik Praw Obywatelskich, Rzecznik Praw Pacjenta czy Najwyższa Izba Kontroli.

W kontekście omawianych w tym punkcie potrzeb i problemów pełnomocnik powinien zostać wyposażony w narzędzia umożliwiające mu przede wszystkim:

- **koordynację** aktywności prowadzonych przez różne ministerstwa oraz samorządy, tak by prowadzone działania były względem siebie komplementarne i uzasadnione strategicznym kierunkiem zmian;
- **weryfikację**, czy wprowadzane przez różne podmioty zmiany przynoszą pożądane rezultaty;
- **inicjowanie działań naprawczych** w przypadku stwierdzenia występujących problemów.

Dzięki takiemu umocowaniu i zakresowi kompetencji możliwe powinno stać się m.in. określenie, czy zauważalny dziś pozytywny trend związany z rosnącą liczbą specjalistów jest dalej utrzymywany oraz jakie mogą być ewentualne potrzeby zmian w tym zakresie pod kątem realnych potrzeb. Pełnomocnik powinien móc także weryfikować, czy poszczególne resorty wywiązują się z deklarowanych działań oraz jaki jest ich skutek, co dotyczy np. zachęt do studiowania. Swoje wnioski powinien przedstawiać np. w publikowanych corocznie raportach.

Sygnalizowane ryzyko obniżenia poziomu kształcenia przyszłych profesjonalistów może zostać zarządzone poprzez regulacje zawodowe, które przewidują m.in. standardy kształcenia i uzyskiwania tytułu zawodowego. Zagadnienie zostało to szerzej omówione w punkcie „Systemowa regulacja zawodów związanych z ochroną zdrowia psychicznego”.

SPECJALIZACJA W DZIEDZINIE PSYCHIATRII DZIECI I MŁODZIEŻY

POTRZEBA

Jednym ze sposobów na zwiększenie dostępności do leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży jest posiadanie odpowiedniej kadry profesjonalistów.

Od lat w dyskusji publicznej powracają tematy dotyczące zwiększenia liczby specjalistów, poprawy warunków ich pracy oraz promocji wyboru specjalizacji psychiatry dziecięcego.

PROBLEM

Problem w tym zakresie ma złożony charakter. Składają się na niego następujące elementy:

- **niedostatek specjalistów;** Choć liczba specjalistów rokrocznie rośnie, wskazuje się, że przyrost ten nie jest wciąż wystarczający. Obecnie brakuje wystarczającej liczby specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, co

ogranicza dostępność opieki psychiatrycznej dla dzieci.

- **ograniczenia prawne;** Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry ogranicza liczbę lekarzy, którzy mogą w tym samym czasie szkolić się u jednego kierownika specjalizacji, co hamuje rozwój liczebny specjalistów także psychiatrii dziecięcej. Im mniej jest specjalistów, tym mniej nowych specjalistów może się więc szkolić.
- **brak miejsc szkoleniowych;** Istnieje pilna potrzeba tworzenia kolejnych miejsc szkoleniowych, zwłaszcza w regionach z niedoborem specjalistów.
- **problemy z rekrutacją;** Obecny system rekrutacji na specjalizację jest nieefektywny i sprawia trudności kandydatom, wpływając na jakość i liczebność przyszłych specjalistów.
- **niskie wynagrodzenia i złe warunki pracy.** Wynagrodzenia kierowników

specjalizacji są niskie, a warunki pracy w wielu placówkach nieatrakcyjne, co zniechęca lekarzy do podejmowania tej funkcji.

ROZWIĄZANIE

- **Promocja specjalizacji** poprzez wprowadzenie zajęć z psychiatrii dzieci i młodzieży na wszystkich uczelniach medycznych oraz kampanie informacyjne i promocyjne skierowane do studentów.
- Zwiększenie liczby specjalistów dzięki nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry mającej **umożliwić kierownikom specjalizacji szkolenie do pięciu lekarzy jednocześnie w dziedzinach priorytetowych**, takich jak psychiatria dzieci i młodzieży. Stworzenie dodatkowych miejsc szkoleniowych w regionach z największym niedoborem specjalistów.
- **Uproszczenie rekrutacji** poprzez wprowadzenie przejrzystego systemu informatycznego do rekrutacji, który pokazuje

dostępność miejsc w jednostkach akredytowanych. Zmiana kryteriów przyznawania miejsc na rezydenturę, aby pierwszeństwo nie zależało tylko od kolejności zgłoszeń.

- **Podniesienie atrakcyjności warunków pracy** przez podniesienie wynagrodzeń dla kierowników specjalizacji i zapewnienie im większej decyzyjności. Poprawa infrastruktury placówek medycznych, w tym remonty i modernizacje budynków, aby stworzyć przyjazne warunki dla pacjentów i personelu.
- **Wsparcie finansowe dla młodych lekarzy** przez samorządy, w tym dofinansowanie szkoleń i wynajmu mieszkań, aby zachęcić do podejmowania specjalizacji w psychiatrii dzieci i młodzieży.
- Wprowadzenie regulacji, które zapobiegą przyjmowaniu pacjentów przez niedoświadczonych lekarzy rezydentów w sektorze komercyjnym bez odpowiedniego nadzoru.

OCHRONA ZDROWIA PSYCHICZNEGO W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM

POTRZEBA

Obserwacje kliniczne i wyniki coraz większej liczby badań wskazują, że **adaptacja do zadań związanych z pełnieniem roli rodzica nie jest prosta, a okres następujący po narodzinach dziecka może przynosić nie tylko oczekiwaną radość i spełnienie, ale także liczne problemy**. Okres poporodowy może sprzyjać pojawieniu się nowych zaburzeń, nasilaniu się lub powtórnemu wystąpieniu zaburzeń istniejących wcześniej⁸⁸. Dlatego standard opieki okołoporodowej powinien zawierać mechanizm rozpoznawania problemów z zakresu ochrony zdrowia i psychicznego i szybkiego na nie reagowania. Na tym etapie powinna też rozpoczynać się koordynowana opieka na dziećmi z grup ryzyka, np. wcześniakami,

88 M. Kaźmierczak, G. Gebuza, M. Gierszewska, Zaburzenia emocjonalne okresu poporodowego, Problemy Pielęgniarstwa 2010, t. 18, z. nr 4, s. 503.

które są bardziej zagrożone zaburzeniami rozwojowymi.

PROBLEM

Obowiązujące rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej odnosi się do kwestii ochrony zdrowia psychicznego. Wskazuje m.in., że do czynników ryzyka identyfikowanych na podstawie wywiadu przeprowadzonego podczas ciąży oraz przed porodem zalicza się m.in. zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania kobiety ciężarnej (pkt. III ust. 1 załącznika nr 1 do przywołanego rozporządzenia). Podobnie opieka nad położnicą obejmuje ocenę jej stanu psychicznego, w tym ryzyka wystąpienia depresji poporodowej, przy czym precyzuje, że kobiecie należy zapewnić pomoc psychologiczną w sytuacjach szczególnych (np. urodzenie martwego dziecka), lub w przypadku urodzenia noworodka o bardzo niskiej masie urodzeniowej, skrajnie niedojrzałego oraz w innych sytuacjach, gdy stan psychiczny tego wymaga, informując

jednocześnie o możliwych formach wsparcia rodziny i instytucjach ich udzielających (pkt. XIV ust. 2 i 3 oraz XV ust. 3 załącznika nr 1).

Zasadniczym problemem jest praktyka stosowania tych przepisów – **jak wynika z ustaleń NIK, nie wszystkie pacjentki mają możliwość skorzystania z konsultacji psychologa**. Różna jest też skala pomocy psychologicznej – w trzech skontrolowanych szpitalach w ogóle nie udzielano takich porad, a tylko w jednym ze szpitali z takiej pomocy skorzystało 85 proc. pacjentek. **Wynikało to z braku zatrudnienia psychologa lub nieprawidłowej organizacji jego pracy**, która uniemożliwiała skorzystanie z konsultacji, np. w weekendy, święta, albo w godzinach popołudniowych⁸⁹.

89 Informacja o wynikach kontroli „Opieka nad pacjentkami w przypadkach poronień i martwych urodzeń”, nr ewid. 46/2020/P/20/063/LKI

ROZWIĄZANIE

Należałoby zrewidować obowiązujący standard opieki okołoporodowej; powinien on zostać uzupełniony o zapewnienie kompleksowej, koordynowanej opieki nad dziećmi z grup ryzyka oraz ich rodzinami. **Konieczna jest także weryfikacja praktyki stosowania standardu** w ramach kontroli podmiotów leczniczych i opracowanie rekomendacji zmian na rzecz poprawy jego wdrożenia, np. poprzez opracowanie standardu zatrudnienia psychologa, dodatkowe szkolenia dla personelu. Dodatkowym rozwiązaniem może być szersze wykorzystanie telemedycyny, która może ułatwiać stałą opiekę psychologa.

Wypracowanie rozwiązań systemowych wspierających pacjentów wchodzących w dorosłość

POTRZEBA

Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży powinna mieć swoją kontynuację w ich dorosłym życiu. Jedną z istotniejszych potrzeb jest więc także **zapewnienie płynnego przejścia pacjentów wchodzących w dorosłość z systemu opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży do systemu opieki dla dorosłych, aby wspierać ich proces zdrowienia i kontynuację leczenia**.

PROBLEM

Obecne wytyczne i zalecenia dotyczące przekazywania pacjentów pełnoletnich są niewystarczające. Brakuje spójnych rozwiązań legislacyjnych i systemowych, które skutecznie wspierałyby pacjentów w trakcie tego kluczowego etapu. **Pacjenci często doświadczają przerw w leczeniu, co negatywnie wpływa na ich proces zdrowienia**.

ROZWIĄZANIE

Należy wprowadzić zmiany w prawie, które jasno określą obowiązki placówek medycznych w zakresie przekazywania pacjentów z opieki dziecięcej do dorosłej. Nowe przepisy powinny zapewniać ciągłość opieki i minimalizować ryzyko przerw w leczeniu. Będzie to możliwe wyłącznie dzięki jednoczesnemu ustanowieniu mechanizmów nadzoru i kontroli, które zapewnią, że wszystkie placówki medyczne będą przestrzegać nowych regulacji.

Poza tym **powinny zostać opracowane i wdrożone programy przejściowe**, które będą wspierać pacjentów i ich rodziny w procesie zmiany systemu opieki oraz obejmować planowanie leczenia, regularne konsultacje z zespołem medycznym oraz wsparcie psychologiczne. Należałoby także powołać koordynatorów ds. przejścia, którzy monitorowaliby i wspierali proces przekazywania pacjentów między systemami opieki, zapewniając, że wszelkie niezbędne informacje medyczne są przekazywane i że pacjenci nie doświadczają przerw w leczeniu.

Upowszechnianie i zapewnienie dostępu do specjalistycznych programów terapeutycznych oraz procedur diagnostycznych. Zmiana modelu finansowania ze środków publicznych

POTRZEBA

Zapewnienie dostępu do specjalistycznych programów terapeutycznych i procedur diagnostycznych dla małych dzieci i pacjentów wieku rozwojowego, którzy potrzebują interwencji wykraczającej poza obecny koszyk świadczeń gwarantowanych.

Finansowanie świadczeń w tym obszarze powinno zmierzać w kierunku płacenia za efekt, a nie zrealizowaną usługę w modelu fee for service.

PROBLEM

Obecny koszyk świadczeń gwarantowanych nie jest wystarczający, aby zaspokoić potrzeby związane z ochroną

zdrowia psychicznego wszystkich niepełnoletnich pacjentów. Brakuje specjalistycznych programów terapeutycznych oraz procedur diagnostycznych dla pacjentów w psychiatrii wieku rozwojowego, którzy cierpią na poważne zaburzenia, takie jak jądłowstręt psychiczny, zaburzenia więzi, niezgodność płciowa i nieprawidłowo kształtująca się osobowość.

Ponadto zapowiadane przez NFZ stopniowe odchodzenie od tradycyjnego modelu rozliczania świadczeń zdrowotnych, czyli płacenia za procedurę, w stronę postulowanego przez wielu ekspertów modelu płacenia za wynik, czyli skuteczne leczenie pacjenta, miało być sztandarowym projektem zmian⁹⁰. Nie udało się jednak jego w pełni zrealizować, w szczególności w obszarze ochrony zdrowia psychicznego.

⁹⁰ <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/zmiany-w-nfz-placenie-za-wynik-profilaktyka-i-lepsza-komunikacja-z-pacjentem,7512.html>

ROZWIĄZANIE

W wyżej opisanym zakresie korzystne byłoby rozszerzenie koszyka świadczeń poprzez zwiększenie zakresu świadczeń medycznych, tak aby obejmował specjalistyczne programy terapeutyczne i procedury diagnostyczne dla różnych grup wiekowych, w tym małych dzieci i pacjentów w psychiatrii wieku rozwojowego. Należałoby także dostosować świadczenia do specyficznych potrzeb pacjentów z poważnymi zaburzeniami, takimi jak jądłowstręt psychiczny, zaburzenia więzi, niezgodność płciowa i nieprawidłowo kształtująca się osobowość. Do tego przydatne byłoby **wznowienie planów przejścia z modelu płacenia za usługę do płacenia za efekty leczenia, tak by promowana była jakość opieki nad pacjentem, a nie ilość udzielania świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju.**

Oświata

PODSTAWA PROGRAMOWA

POTRZEBA

Na podstawę programową – czy to w wymiarze regulacji prawnych czy praktycznym – należy patrzeć całościowo, uwzględniając wszystkie etapy edukacji dziecka, tj. od przedszkola przez szkołę podstawową aż po szkoły ponadpodstawowe. Wdrażanie zmian częściowych, obejmujących swoim zakresem poszczególne przedmioty lub etapy edukacji dziecka powoduje powstawanie niespójności w podstawie programowej, np. przez „powtarzalność” tematów na kolejnych etapach edukacji czy niedostosowywanie trybu nauki do zmiany struktury ścieżki edukacji

(spowodowanych przykładowo likwidacją gimnazjów)⁹¹.

Jak wynika z konsultacji przeprowadzonych przez Radę Dzieci i Młodzieży RP przy Ministrze Edukacji i Nauki z kilkoma tysiącami polskich uczniów, newralgicznymi punktami sektora oświaty w kontekście zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży są przede wszystkim: **brak świadomości społecznej na temat zaburzeń psychicznych** (powielanie mitów i stereotypów), **wysokie oczekiwania społeczne**

⁹¹ Tak przykładowo: zmiany związane z nieobowiązkowymi pracami domowymi w szkołach podstawowych czy ograniczeniem wymagań edukacyjnych z poszczególnych przedmiotów, za: <https://www.gov.pl/web/edukacja/zmiana-podstawy-programowej--zaczynamy-prekonsultacje>.

(szczególnie w zakresie osiągnięć w szkole, sporcie czy kulturze), **ograniczony dostęp do specjalistów, wzrost uzależnień** (różnego rodzaju: substancji, internetu, telefonu, gier komputerowych...), **brak wsparcia rodzin i najbliższego środowiska** oraz **zwiększona dostępność do szkodliwych informacji** (negatywny przekaz, hejt)⁹².

Aktualna podstawa programowa nie uwzględnia problemów i potrzeb, z którymi borykają się dzieci i młodzież, w tym nie przewiduje przestrzeni na realizację i spełnianie tych potrzeb w warunkach szkolnych czy przedszkolnych. Podstawa programowa wymaga również znacznego odświeżenia – nie tylko ze względu na zmiany systemu organizacji placówek edukacyjnych, ale również wobec zmiany zagrożeń i wyzwań współczesnego świata.

⁹² Rada Dzieci i Młodzieży Rzeczypospolitej Polskiej przy Ministrze Edukacji i Nauki, Raport z ogólnopolskich konsultacji o zdrowiu psychicznym dzieci i młodzieży, Warszawa 2023.

PROBLEM

W ramach rozporządzenia w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (dla starego typu szkół) oraz rozporządzenia w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (dla nowego typu szkół), **aspekt zdrowia psychicznego pojawia się wyłącznie kilkakrotnie**, w tym:

- na poziomie przedszkolnym – jako **cel wychowania przedszkolnego**, którym jest kształtowanie u dzieci odporności emocjonalnej koniecznej do racjonalnego radzenia sobie

- w nowych i trudnych sytuacjach, w tym także do łagodnego znoszenia stresów i porażek czy dbanie o zdrowie psychiczne realizowane z wykorzystaniem naturalnych sytuacji;
- w późniejszych etapach edukacyjnych – w ramach **biologii** (posługiwanie się pojęciami zdrowia psychicznego i społecznego, oddziaływanie substancji psychoaktywnych na psychikę), **wychowania fizycznego** (dbałość o zdrowie psychiczne, zrozumienie stygmatyzacji osób chorych psychicznie), **wychowania do życia w rodzinie** (zmiany psychiczne w okresie dojrzewania, rozumienie i kryteriów dojrzałości i czynników wspomagających i zaburzających rozwój psychiczny), **techniki** (zagrożenia zdrowia psychicznego we współczesnej cywilizacji spowodowanych postępowaniem technicznym (np. wojny, zanieczyszczenia środowiska).

Co ważne, wyłącznie w przypadku szkół specjalnych lub kształcenia

uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym lub uczniów z niepełnosprawnościami sprzężonymi przewidziano, że jedną z kluczowych ról szkoły jest tworzenie warunków niezbędnych do zapewniania uczniowi **komfortu psychicznego**, poczucia bezpieczeństwa i akceptacji, a także nawiązywania pozytywnego kontaktu emocjonalnego nauczyciela z uczniem. Oczywiście należy podkreślić, że zgodnie z przepisami Karty Nauczyciela oraz Prawa oświatowego szczegółowe zasady realizacji podstawy programowej leżą w gestii dyrektorów szkół oraz samych nauczycieli, którzy w realizacji programu nauczania mają prawo do swobody stosowania takich metod nauczania i wychowania, jakie uważają za najwłaściwsze spośród uznanych przez współczesne nauki pedagogiczne, oraz do wyboru spośród zatwierdzonych do użytku szkolnego podręczników i innych pomocy naukowych. Dodatkowo, nauczyciel jest obowiązany indywidualizować pracę z uczniem na zajęciach edukacyjnych

odpowiednio do potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia⁹³. Realizacja ww. uprawnień i obowiązków jest jednak stosunkowo trudna w obliczu sformalizowanego i zamkniętego katalogu podstawy programowej.

Aktualnie obowiązujące wersje podstawy programowej weszły w życie w 2017 r., i od tego czasu doczekały się wyłącznie punktowych zmian. **Dostrzegając potrzebę zmian na początku 2024 r. Ministerstwo Edukacji Narodowej rozpoczęło proces zmiany podstawy programowej kształcenia ogólnego**, obejmujące swoim zakresem szkoły podstawowe (klasy IV–VIII), licea ogólnokształcące, technika, oraz branżowe szkoły I i II stopnia⁹⁴. Potencjalne zmiany mają zacząć obowiązywać już od 1 września 2024 r. – obejmują one jednak głównie zmiany dot.

93 Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2230 z późn. zm.).

94 <https://www.gov.pl/web/edukacja/zmiana-podstawy-programowej--zaczynamy-prekonsultacje>.

treści nauczania w zakresie wykreślenia poszczególnych ich elementów w ramach istniejących przedmiotów podstawowych (takich jak język polski, historia itp.). **Zarówno aktualna treść Podstawy Programowej, jak i projekt zmian nie zawierają natomiast propozycji w zakresie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.** Dokument stanowi więc w praktyce katalog zagadnień, które powinny zostać poruszone w toku zajęć w ujęciu ściśle związanym z domeną danego przedmiotu (aspekty zdrowia psychicznego pozostają więc odrębnie traktowane w ramach zajęć wychowania fizycznego czy biologii). **Na potrzeby nowelizacji podstawy programowej z uwzględnieniem tematyki zdrowia psychicznego zwracają uwagę także sami zainteresowani, podkreślając potrzebę wprowadzenia psychoedukacji do programów nauczania oraz edukacji społecznej⁹⁵.**

95 <https://www.gov.pl/web/edukacja/wyniki-raportu-zdrowie-psychiczne-dzieci-i-mlodziezy>.

Niezależnie od powyższego zwracamy uwagę, że w odpowiedzi na globalne problemy systemu oświaty **planowana jest kompleksowa reforma programowa**, która miałyby wejść w życie od 1 września 2026/2027. W czasie niedawno zorganizowanej konferencji prasowej przedstawiciele Ministerstwa Edukacji Narodowej, Zdrowia oraz Sportu i Turystyki **zapowiedzieli rozpoczęcie prac nad nowym przedmiotem szkolnym pn. „edukacja zdrowotna”, która miałyby obejmować zagadnienia zdrowia fizycznego oraz psychicznego, a także kwestie zdrowego odżywiania, profilaktyki, problemu uzależnień oraz edukacji seksualnej.** Przedmiot jest przewidywany dla uczniów klas IV–VIII szkół podstawowych oraz klas I–III szkół ponadpodstawowych i ma zastąpić wychowanie do życia w rodzinie od 1 września 2025 r. Aktualnie powołany został zespół ekspertów, który ma wypracować szczegółowe podstawy programowe tego przedmiotu⁹⁶.

⁹⁶ <https://www.gov.pl/web/edukacja/edukacja-zdrowotna-w-szkolach-od-2025-roku-ruszaja-prace-przygotowawcze>.

ROZWIĄZANIE

W aktualizacji Podstawy Programowej należy jak najszybciej ująć zagadnienia dotyczące zdrowia psychicznego. Może się to odbyć zarówno w ramach istniejących przedmiotów, jak i w drodze nowego, proponowanego przez ministerstwa, jakim ma być edukacja zdrowotna. To drugie wyjście wydaje się bardziej optymalne, jako że tylko w ten sposób wszystkie aspekty wpływające na dobrostan młodego człowieka zostaną kompleksowo omówione w ramach podstawy programowej.

W związku z tym, że w momencie publikacji raportu prace nad edukacją zdrowotną są jeszcze na początkowym etapie, wskazujemy kilka kwestii, na które w naszej ocenie warto zwrócić uwagę podczas dyskusji nad jej ostatecznym kształtem:

- **konsultacje społeczne;** Należy przeprowadzić szerokie konsultacje społeczne na temat struktury przedmiotu, jego programu nauczania oraz formuły

prowadzonych zajęć; w tym zakresie niezbędne jest **włączenie w ten proces ekspertów z zakresu zdrowia psychicznego** (m.in. terapeutów środowiskowych, psychoterapeutów, psychologów, psychiatrów, dietetyków, seksuologów), **praktyków szkolnych oraz samych zainteresowanych.** Wprowadzenie tak ważnej zmiany powinno zostać podparte analizą kluczowych problemów dzieci i młodzieży, na które nowy przedmiot będzie mógł odpowiedzieć.

Program powinien zapewniać uczestniczącym w zajęciach kompleksową wiedzę na temat:

- zagrożeń i czynników współczesnego świata mogących mieć wpływ na zdrowie psychiczne, w szczególności nowych technologii (internet, social media, mowa nienawiści, AI), w tym sposobów minimalizacji ich negatywnego wpływu na samopoczucie;
- rodzajów zaburzeń oraz profilaktyki służącej ich przeciwdziałaniu;
- zależności między określonymi wzorcami zachowań a ich wpływem na zdrowie psychiczne (np. siedzący tryb życia, czas spędzony w telefonie, izolacja społeczna);
- otwartego mówienia o potrzebach i rozumienia korzyści płynących z korzystania pomocy drugiej osoby lub specjalisty;
- sposobów poszukiwania pomocy w kryzysie – w szczególności na temat dostępnych w szkole specjalistów, zewnętrznych placówek, do których można się zgłosić, oraz linii pomocowych prowadzonych przez państwo i organizacje pozarządowe;
- schematu reagowania na potrzeby rówieśników i zgłaszania niepokojących zachowań (promocja pomocy, a nie przemocy rówieśniczej);

- **materiały edukacyjne;** Konieczne jest przygotowanie od zera lub skorzystanie z gotowych materiałów edukacyjnych opracowanych przez ekspertów, które będą służyć jako źródło rzetelnej i fachowej wiedzy, w tym zawierać informacje na temat tego, gdzie młode osoby mogą szukać pomocy w jakimkolwiek kryzysie. W pierwszej kolejności można sięgnąć po dostępne już opracowania, przygotowywane w ramach zrealizowanych dotychczas projektów, w tym odbywających się pod patronatem Ministerstwa Edukacji Narodowej. Wśród nich warto przytoczyć przykładowo:
 - (i) **materiały przygotowywane przez placówki doskonalenia nauczycieli**, np. materiały opracowane w ramach Ośrodka Rozwoju Edukacji⁹⁷,
 - (ii) **opracowania udostępnione przez fundacje i stowarzyszenia**,

⁹⁷ [Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży - materiały do pobrania - Ośrodek Rozwoju Edukacji \(ore.edu.pl\)](https://www.ore.edu.pl/)

np. przez Fundację Szkoła z Klasą⁹⁸, (iii) **dokumentów dostarczonych przy współpracy Departamentu Oceny Inwestycji przy Ministerstwie Zdrowia w ramach Funduszy Europejskich**, np. w ramach projektu „Zdrowy styl życia dzieci i młodzieży”⁹⁹ czy (iv) **materiałów przygotowywanych przez ekspertów i praktyków**, w tym przykładowo w ramach inicjatyw realizowanych przez Partnerów projektu (eMOCje w GŁOWIE – UNICEF, „Wspierająca Szkoła” – Adamed Pharma, ATTUNE czy DIGI-SKILLS-SEN – realizowane przez APS), o których szczegółowo w dalszej części raportu. Opracowywanie nowych materiałów powinno obejmować ścisłą współpracę pomiędzy przedstawicielami właściwych resortów, ekspertami oraz praktykami, jako przedstawicielami adresatów,

⁹⁸ [Materiały do pobrania Fundacji Szkoła z Klasą \(szkolazklasa.org.pl\)](https://szkolazklasa.org.pl/)

⁹⁹ [Fundusze Europejskie dla Zdrowia Nowe opracowania i materiały edukacyjne \(zdrowie.gov.pl\)](https://www.gov.pl/)

dla których materiały są przygotowywane. Nowo powstające materiały edukacyjne i profilaktyczne powinny być także równomiernie dystrybuowane i promowane – ważne jest zaangażowanie w ten proces jednostek koordynujących i nadrzędnych, np. kuratoriów oświaty, aby zapewnić, że każda placówka i każdy nauczyciel mają świadomość ich istnienia i w łatwy sposób mogą uzyskać do nich dostęp. Zwracamy też uwagę na konieczność bieżącej aktualizacji powstających opracowań – dzięki temu możliwe będzie zachowanie spójności oraz przejrzystości przekazów kierowanych do nauczycieli czy pedagogów, aby w gąszczu informacji wybierać materiały zwalidowane i rzetelne, zapewniające jednolity poziom edukacji w omawianym zakresie niezależnie od lokalizacji placówki dydaktycznej.

- **prowadzący przedmiot;** Należy rozważyć, kto powinien prowadzić przedmiot i wykładać jego materię uczniom, w tym czy

powinna to być jedna osoba (np. wyłącznie nauczyciel) czy kilka (np. część roku nauczyciel, kilka godzin ze szkolnym psychologiem lub pedagogiem specjalnym), czy placówki oświatowe powinny współpracować z ośrodkami I stopnia referencyjnego (np. zapraszać na zajęcia gościnnie osoby udzielające profesjonalnej pomocy) lub organizacjami pozarządowymi (np. zapraszać na zajęcia gościnnie aktywistów społecznych prowadzących projekty edukacyjne w zakresie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, zajmujących się specjalistycznie uzależnieniami czy zaburzeniami odżywiania). Zaletą zróżnicowania kadry prowadzącej zajęcia byłaby możliwość dotarcia do młodych ludzi z różnych perspektyw oraz możliwość nabycia wiedzy na temat różnych dróg szukania pomocy.

- **edukacja nauczycieli;** Niezależnie od wyboru modelu prowadzenia zajęć, w ślad za zmianą podstawy programowej

należy zadbać o **przygotowanie nauczycieli do pełnienia nowej roli w edukacji dzieci i młodzieży**. W tym celu konieczne jest dostosowanie kształcenia wyższego nauczycieli, zapewnienie odpowiednich studiów podyplomowych lub kursów, których ukończenie będzie legitymowało daną osobę do prowadzenia zajęć z przedmiotu edukacja zdrowotna. Niezależnie aktualny pozostaje postulat w zakresie przygotowywania materiałów edukacyjnych, które z jednej strony mogą pełnić rolę materiałów dydaktycznych będących podstawą prowadzenia zajęć, a z drugiej – stanowić źródło wiedzy merytorycznej niezbędnej dla nauczyciela prowadzącego przedmiot.

- **obowiązkowość i systematyczność przedmiotu;** Nie jest jeszcze przesądzone, czy edukacja zdrowotna będzie przedmiotem obowiązkowym i z jaką częstotliwością ma być

prowadzona¹⁰⁰. Warunkiem powodzenia przekrojowej edukacji dzieci i młodzieży na temat zdrowia psychicznego jest jednak to, aby **wszyscy uczniowie uczestniczyli systematycznie w zajęciach**. Dobrowolność przedmiotu może prowadzić do sytuacji, w której osoby biorące udział w lekcji mogą być stygmatyzowane przez te, które się na ten przedmiot nie zapisały lub z niego wypisały, a brak systematyczności – do marginalizacji znaczenia zajęć.

- **weryfikacja zakresu i jakości kształcenia.** Warto wprowadzić systemowe narzędzia weryfikacji podstawy programowej zaktualizowanej o zagadnienia dotyczące zdrowia psychicznego. Jest to możliwe przykładowo przez:
 - przypisanie odpowiedzialności za realizację podstawy

¹⁰⁰ Za: <https://glos.pl/kolejny-nowy-przedmiot-w-szkolach-od-1-wrzesnia-2025-edukacja-zdrowotna-zastapi-wdz>.

- programowej dyrektorom szkół lub osobom prowadzącym zajęcia;
- wprowadzenie zasad wymiernej oceny realizacji programu uwzględniającej m.in. sprawozdania roczne ze zrealizowanych zajęć oraz innych działań podjętych w obszarze zdrowia psychicznego (np. udział w akcjach organizacji pozarządowych czy przeprowadzenie badania stanu zdrowia psychicznego uczniów) czy wizyty kontrolne w placówkach, w tym obecność na zajęciach z edukacji zdrowotnej.
- Warto byłoby także przeprowadzić analizę różnic w dostępności do kształcenia oraz wsparcia z obszaru zdrowia psychicznego pomiędzy obszarami wiejskimi a miejskimi, a na jej podstawie opracować rozwiązania unifikujące. Podobne ćwiczenie mogłoby dotyczyć nierówności między uczniami obciążonymi skutkami zmniejszonej

efektywności kształcenia, w tym na skutek pandemii, w wyniku którego można by dostosować wymagania edukacyjne do potrzeb uczniów. Pożądanym rozwiązaniem wydaje się incydentalne przeprowadzanie badań przesiewowych przez poszczególne placówki w celu identyfikacji uczniów wymagających wsparcia i organizacji zajęć dodatkowych lub wyrównawczych w tych obszarach.

ZASADY UDZIELANIA POMOCY PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ W PLACÓWKACH OŚWIATOWYCH

POTRZEBA

Rozporządzenie w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej przewiduje obowiązek udzielania w placówkach oświatowych pomocy psychologiczno-pedagogicznej uczniom oraz rodzicom. Pomoc ta:

- jest dobrowolna i nieodpłatna;
- polega na rozpoznawaniu i zaspokajaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych ucznia oraz rozpoznawaniu indywidualnych możliwości psychofizycznych ucznia i czynników środowiskowych wpływających na jego funkcjonowanie w przedszkolu, szkole i placówce, w celu wspierania potencjału rozwojowego ucznia i stwarzania warunków do jego aktywnego i pełnego uczestnictwa w życiu

przedszkola, szkoły i placówki oraz w środowisku społecznym;

- wynika w szczególności z potrzeb takich jak niepełnosprawność, niedostosowanie społeczne, zaburzenia zachowania lub emocji, szczególne uzdolnienia, sytuacje kryzysowe lub traumatyczne, zaniedbania środowiskowe, trudności adaptacyjne;
- jest udzielana przez nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych oraz specjalistów wykonujących zadania z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej, w szczególności psychologów, pedagogów, pedagogów specjalnych, logopedów, doradców zawodowych i terapeutów pedagogicznych;
- obejmuje zarówno formy konsultacji indywidualnych jak i zajęć grupowych.

Dane Systemu Informacji Oświatowej wskazują, że **według stanu na kwiecień 2023 r. pomocą psychologiczno-pedagogiczną**

objętych było 35% uczniów¹⁰¹. Kontrola NIK za rok szkolny 2020/2021 pokazała, że **zajęcia z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej organizowano w niewłaściwy sposób albo nie zapewniono ich wszystkim uczniom**, którzy mieli takie wskazania w opiniach czy orzeczeniach poradni psychologiczno-pedagogicznych. Raport zwraca także uwagę na **zbyt liczne grupy na zajęciach dydaktyczno-wyrównawczych i korekcyjno-kompensacyjnych**, które utrudniały nauczycielom osiągnięcie wyznaczonych celów podczas pracy z uczniami¹⁰².

Potrzebą jest też z pewnością **zmiana wizerunku psychologa szkolnego**. Z przeprowadzonych w roku 2022 przez Fundację Dbam o Mój Zasięg badań wynika, że co trzeci uczeń przyznał, że u psychologa szkolnego

był „za karę”¹⁰³. Dzieci i młodzież niechętnie więc korzystają z pomocy, nawet gdy jest ona dostępna.

Opieka psychologiczno-pedagogiczna w szkole jest o tyle istotna, że może w znacznym stopniu przyczynić się do komfortu psychicznego dziecka w szkole. Jeśli na tym pierwszym etapie, jakim są jakiegokolwiek trudności z nauką, niedostosowanie społeczne czy sytuacje kryzysowe, dziecko otrzyma odpowiednią pomoc w środowisku, w którym przebywa prawie codziennie, zmniejsza się szansa, że będzie ono wymagało specjalistycznej opieki poza szkołą.

PROBLEM

Wskazuje się, że system pomocy psychologiczno-pedagogicznej w szkołach szwankuje, a zalecenia wystosowywane wobec dzieci nie

¹⁰¹ Odpowiedź MZ na interpelację nr 40203, <https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=CR7H29&view=6>, dostęp: 26.03.2024 r.

¹⁰² NIK o organizacji pracy nauczycieli w szkołach publicznych – część I – Najwyższa Izba Kontroli, dostęp: 09.04.2024 r.

¹⁰³ Dębski M., J. Flis (2022). Zdrowa szkoła. Ocena jakości relacji szkolnych w świetle ogólnopolskich wyników badań uczniów i nauczycieli, Fundacja Dbam o Mój Zasięg, Gdańsk, str. 53.

są dostatecznie wdrażane¹⁰⁴. Kolejni Rzecznicy Praw Dziecka niezmiennie otrzymują skargi na niewłaściwie udzielaną pomoc psychologiczno-pedagogiczną, także w odniesieniu do uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi¹⁰⁵.

Wydaje się, że barierami dla skuteczności udzielanej pomocy psychologiczno-pedagogicznej mogą być, między innymi:

- **brak jasnego przypisania odpowiedzialności przez rozporządzenie;** Przywołane rozporządzenie wylicza, jakie zadania wykonują poszczególne osoby zaangażowane w proces udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej (np. pedagog, pedagog specjalny, logopeda, terapeuta pedagogiczny). Jednak

¹⁰⁴ Za: <https://pulsmedycyny.pl/rpd-alarmuje-jest-problem-w-udzielaniu-dzieciom-pomocy-psychologiczno-pedagogiczne-1210094>.

¹⁰⁵ <https://brpd.gov.pl/2018/12/04/rpd-lista-problemow-dzieci-w-polsce/>

w praktyce zdarza się, że szkoły mają kłopot ze wskazaniem, kto tak naprawdę jest odpowiedzialny za udzielenie pomocy, w wyniku czego dochodzi do sytuacji przerzucania się między różnymi funkcjami uczniem wymagającym wsparcia¹⁰⁶.

- **niejasne regulacje w zakresie udzielania zgody na udzielenie dziecku opieki psychologiczno-pedagogicznej przez rodziców;** O potrzebie objęcia ucznia pomocą psychologiczno-pedagogiczną informuje się rodziców ucznia albo pełnoletniego ucznia, a o ustalonych formach, okresie udzielania pomocy oraz wymiarze godzin, w którym poszczególne formy pomocy będą realizowane – na piśmie rodziców ucznia albo pełnoletniego ucznia. Następnie nauczyciele, wychowawcy grup wychowawczych i specjaliści udzielający pomocy

¹⁰⁶ <https://portal.librus.pl/szkola/artykuly/pomoc-psychologiczno-pedagogiczna-jak-ja-realizowac>

psychologiczno-pedagogicznej oceniają efektywność udzielonej pomocy i formułują wnioski dotyczące dalszych działań mających na celu poprawę funkcjonowania ucznia. Jeśli z wniosków tych wynika, że mimo udzielonej pomocy nie następuje taka poprawa, dyrektor przedszkola, szkoły lub placówki, za zgodą rodziców ucznia albo pełnoletniego ucznia, występuje do publicznej poradni z wnioskiem o przeprowadzenie diagnozy i wskazanie sposobu rozwiązania problemu ucznia.

Wymóg uzyskania zgody rodzica albo pełnoletniego ucznia pojawia się wprost w rozporządzeniu dopiero na etapie, gdy wewnątrzszkolne środki zawodzą i nie widać szans na poprawę sytuacji dziecka – przy opiece psychologiczno-pedagogicznej rozporządzenie ogranicza się natomiast do obowiązku informowania o podjętych krokach. Nie jest jasne, czy na opiekę psychologiczno-pedagogiczną rodzic (opiekun) powinien wyrazić zgodę. Z jednej

strony w przypadku stwierdzenia, że uczeń ze względu na potrzeby rozwojowe lub edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne wymaga objęcia pomocą psychologiczno-pedagogiczną, nauczyciel, wychowawca grupy wychowawczej lub specjalista niezwłocznie udzielają (obowiązek!) uczniowi tej pomocy na mocy rozporządzenia (§ 20 pkt 3), co wyklucza jakąkolwiek interwencję i sprzeciw rodzica. Z drugiej, w związku z faktem sprawowania nad dzieckiem władzy rodzicielskiej w myśl art. 95 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także dobrowolność opieki psychologiczno-pedagogicznej, wydaje się, że wyrażenie zgody przez rodzica stanowi niezbędny element formalny, którego brak uniemożliwia sprawowanie takiej opieki nad dzieckiem. Z tego też powodu placówki oświatowe zwykle przekazują do podpisania rodzicom wzór zgody na objęcie dziecka opieką psychologiczno-pedagogiczną w razie potrzeby. Praktyka nie jest jednak jednolita.

- **brak lub ograniczona dostępność specjalistów;**
- **ograniczenie dalszej pomocy przez konieczność wyrażenia zgody przez rodzica;**

Jak już wskazano, dyrektor przedszkola, szkoły lub placówki, za zgodą rodziców ucznia albo pełnoletniego ucznia, występuje do publicznej poradni z wnioskiem o przeprowadzenie diagnozy i wskazanie sposobu rozwiązania problemu ucznia, jeśli mimo udzielonej pomocy psychologiczno-pedagogicznej nie następuje poprawa. Taki wniosek zawiera informacje o:

1. rozpoznanych indywidualnych potrzebach rozwojowych i edukacyjnych, możliwościach psychofizycznych ucznia oraz potencjale rozwojowym ucznia;
2. występujących trudnościach w funkcjonowaniu ucznia w przedszkolu, szkole i placówce lub szczególnych uzdolnieniach ucznia;
3. działaniach podjętych przez nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych

- i specjalistów w celu poprawy funkcjonowania ucznia w przedszkolu, szkole i placówce, formach pomocy psychologiczno-pedagogicznej udzielanej uczniowi w przedszkolu, szkole lub placówce, okresie ich udzielania oraz efektach podjętych działań i udzielanej pomocy;
4. wnioskach dotyczących dalszych działań mających na celu poprawę funkcjonowania ucznia.

Na tym przepisie rozporządzenia ścieżka postępowania i współpraca między szkołą a zewnętrzną placówką się kończy. **Przepisy milczą w zakresie przekazywania zgromadzonej dokumentacji czy ewentualnej koordynacji pomocy udzielanej w ramach placówki oświatowej z pomocą uzyskiwaną przez ucznia poza nią.** Nie jest również jasne, co w sytuacji, w której personel szkoły wyraźnie widzi, że dziecko potrzebuje pomocy, a mimo to rodzic uparcie

odmawia jej poszukiwania przez dziecko poza szkołą. Niezrozumiałe wydaje się również obligatoryjne angażowanie dyrektora w proces wnioskowania o pomoc w sytuacji, w której to zapewne psycholog szkolny identyfikuje problem i widzi konieczność dalszej diagnozy, np. w formie konsultacji z psychiatrą.

ROZWIĄZANIE

Żeby zapewnić skuteczność opieki psychologiczno-pedagogicznej, należy:

- **ustalić ramy ustawowe lub zobowiązać placówki oświatowe do wdrożenia regulaminów wewnętrznych precyzujących odpowiedzialność za organizację opieki psychologiczno-pedagogicznej w szkole oraz ścieżkę (standard) postępowania, co krok po kroku dzieje się z dzieckiem, u którego zdiagnozowano jakąkolwiek potrzebę skorzystania z takiej opieki** (np. do kogo powinien się zwrócić nauczyciel, który

zauważy trudności w nauce – w pierwszej kolejności do wychowawcy, pedagoga czy od razu poinformować rodzica);

- **doprecyzować na poziomie ustawowym, jakie czynności mogą być podejmowane w ramach pomocy psychologiczno-pedagogicznej za zgodą, a jakie bez zgody opiekuna prawnego**, w tym w jaki sposób przedmiotowa zgoda powinna być wyrażona (np. pisemnie przez rodzica, ustne zapewnienie ucznia, konieczność konsultacji bezpośredniej z rodzicem) – ewentualnie że zgoda jest domyślna, ale opiekun prawny może wyrazić sprzeciw; przy przyjęciu modelu z wymaganiem zgody istotne byłoby umożliwienie wprost udzielenia pomocy dziecku bez niej w sytuacjach takich jak skrajny przypadek zagrożenia zdrowia lub życia albo gdy zaburzenia i trudności wywodzą się właśnie z relacji z problematycznym rodzicem;
- **ustalić na poziomie ustawowym standard postępowania**

- z uczniem, który wymaga pomocy publicznej poradni w ramach dalszej ścieżki diagnozy lub leczenia poza szkołą, w tym w sytuacjach niestandardowych** (np. gdy opiekun prawny nie wykonuje zaleceń psychologa szkolnego albo nie zgadza się na skierowanie ucznia do zewnętrznej placówki pomocowej); pomocne w tym zakresie mogłoby być określenie w rozporządzeniu katalogu sytuacji wyjątkowych, w których pracownik szkoły może mimo braku zgody opiekuna prawnego skierować ucznia do zewnętrznej placówki pomocowej, w tym zasad informowania o takim skierowaniu bez zgody rodzica, ewentualnie możliwości uzyskania w rozsądnym czasie zgody na taką czynność przez sąd opiekuńczy;
- **dokonać rewizji i aktualizacji obowiązujących regulacji prawnych w zakresie wydawania opinii i orzeczeń w zakresie potrzeb kształcenia specjalnego, indywidualnego nauczania lub potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych oraz kontynuować prace nad systemowym wdrożeniem w ramach opracowywanych regulacji jednolitych zasad edukacji włączającej,** celem zwiększenia trafności stawianych diagnoz oraz dostosowywania rozwiązań oferowanych przez placówki edukacyjne do potrzeb uczniów z poszczególnymi diagnozami, a także wyrównywania szans edukacyjnych;
 - **przeprowadzić działania edukacyjne i informacyjne wśród uczniów** przedszkoli, szkół podstawowych oraz ponadpodstawowych pozwalających na zrozumienie zasad współpracy z psychologiem szkolnym, w tym obowiązków związanych z zachowaniem tajemnicy i możliwych formach dalszej współpracy z rodzicami / placówkami zewnętrznymi, a także **upowszechnianie i „odstygmatyzowanie” korzystania ze wsparcia psychologa szkolnego;**
 - **wprowadzić standard współpracy placówek oświatowych** (poradnie psychologiczno-pedagogiczne pod Ministerstwem Edukacji Narodowej) z **placówkami ochrony zdrowia** (poradnie psychologiczne pod Ministerstwem Zdrowia), **w tym zasady koordynacji pomocy** udzielanej w ramach placówki oświatowej z pomocą uzyskiwaną przez ucznia poza nią z uwzględnieniem takich kwestii jak możliwość przekazywania zgromadzonej dokumentacji i określenie miejsca placówek oświatowych w ramach tzw. poziomów referencyjnych (o których mowa powyżej); obecnie poradnie działają bez wzajemnego przepływu informacji, przez co opieka nad pacjentami jest mniej efektywna¹⁰⁷.

¹⁰⁷ Za: <https://politykazdrowotna.com/arttykul/wiceminister-zdrowia/1233327>.

GŁOS EKSPERTÓW

dr Marta Kulesza
psycholog, psychoterapeuta, adiunkt w Instytucie Pedagogiki Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

Sara Fakhari
lekarz psychiatra w trakcie specjalizacji

Należy bezsprzecznie zwiększyć współpracę międzyinstytucjonalną. Niedostateczna współpraca między instytucjami takimi jak szkoła, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, placówki zdrowia, placówki szkolno-wychowawcze czy ośrodki pomocy społecznej prowadzi do braku kompleksowej oceny potrzeb psychologicznych, rozwojowych dzieci.

Placówki edukacyjne i nauczyciele są niezwykle istotnym czynnikiem rozpowszechniającym wiedzę i praktyczne umiejętności z zakresu zdrowia psychicznego. Z tego powodu niezbędne jest prowadzenie w placówkach edukacyjnych programów edukacyjnych i profilaktycznych zarówno dla podopiecznych, jak i dla nauczycieli. Nauczyciele często jako pierwsi obserwują zachowania, które mogą świadczyć o problemach z zakresu zdrowia psychicznego. Ich wiedza dotycząca symptomów głównych zaburzeń psychicznych i zachowania oraz możliwości pomocy może prowadzić szybszego rozpoznawania problemów zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży. Edukacja nauczycieli, rodziców i samej młodzieży w tym zakresie może pomóc w zwiększeniu świadomości i wcześniejszym rozpoznawaniu problemów.

BRAKI KADROWE

POTRZEBA

Jak wynika z raportu NIK za lata 2014-2016, blisko połowa szkół publicznych nie zatrudniała w tamtym okresie na odrębnym etacie ani pedagoga, ani psychologa. Na jedną szkołę w roku 2015/2016 przypadało średnio 0,75 etatu pedagoga i 0,2 etatu psychologa¹⁰⁸. Kontrole NIK w kolejnych latach, szczególnie po pandemii COVID-19, jednoznacznie pokazały, że **pomoc psychologiczno-pedagogiczna wielokrotnie była spóźniona**. Wraz z rozwojem epidemii doszło do znaczącego pogorszenia kondycji psychicznej uczniów. Jako najbardziej efektywne rozwiązanie wskazuje się zwiększenie dostępu dzieci i młodzieży do wczesnej pomocy psychologiczno-pedagogicznej udzielanej przez specjalistów zatrudnionych w przedszkolu i szkole we współpracy z nauczycielami, wzmocnienie

profilaktyki oraz wzrost wykrywalności jak najwcześniej trudności w rozwoju i funkcjonowaniu dzieci i uczniów. Dało to asumpt do zwiększenia liczby zatrudnionych w przedszkolach i szkołach nauczycieli specjalistów¹⁰⁹.

Od 27 maja 2022 r., zgodnie z art. 42d Karty Nauczyciela, w przedszkolu niebędącym przedszkolem specjalnym, w szkole podstawowej, liceum ogólnokształcącym, technikum i branżowej szkole I stopnia, niebędących szkołami specjalnymi, w szkole artystycznej realizującej kształcenie ogólne w zakresie szkoły podstawowej lub liceum ogólnokształcącego oraz w zespole, w skład którego wchodzi to przedszkole lub ta szkoła, **zatrudnia się nauczycieli pedagogów, pedagogów specjalnych, psychologów, logopedów lub terapeutów pedagogicznych**.

¹⁰⁸ NIK o pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla uczniów - Najwyższa Izba Kontroli, dostęp: 08.04.2024 r.

¹⁰⁹ Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o systemie oświaty i niektórych innych ustaw, druk nr 2096, str. 11; <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/druk.xsp?nr=2096>.

Przepisy przewidują łączną minimalną liczbę etatów¹¹⁰ ww. specjalistów, która sumarycznie nie może być niższa niż:

Liczba etatów	Liczba uczniów (x)	Dodatkowe wymogi
2	x>100 (liczba etatów powiększa się o 0,2 etatu na każdym kolejnych 100 dzieci lub uczniów)	Liczba pedagogów specjalnych nie może być niższa niż 25% łącznej liczby nauczycieli pedagogów, pedagogów specjalnych, psychologów, logopedów lub terapeutów pedagogicznych. Liczba psychologów nie może być niższa niż 25% łącznej liczby etatów nauczycieli pedagogów, pedagogów specjalnych, psychologów, logopedów lub terapeutów pedagogicznych.
1,5	50<x<100	Liczba pedagogów specjalnych nie może być niższa niż 25% łącznej liczby nauczycieli pedagogów, pedagogów specjalnych, psychologów, logopedów lub terapeutów pedagogicznych. Liczba psychologów nie może być niższa niż 25% łącznej liczby etatów nauczycieli pedagogów, pedagogów specjalnych, psychologów, logopedów lub terapeutów pedagogicznych.
1	40<x<50	N/D
0,8	30<x<40	N/D
0,6	20<x<30	N/D
0,4	10<x<20	N/D
0,25	1-10	N/D

¹¹⁰ Przy czym do łącznej liczby etatów nie wlicza się etatów nauczycieli posiadających kwalifikacje z zakresu pedagogiki specjalnej zatrudnianych dodatkowo w celu współorganizowania kształcenia integracyjnego oraz współorganizowania kształcenia uczniów niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie oraz zagrożonych niedostosowaniem społecznym.

PROBLEM

Braki kadrowe wśród specjalistów pociągają za sobą konieczność wypełniania luk niewyspecjalizowaną kadrą. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna w szkołach realizowana jest przez wszystkich nauczycieli, nie tylko specjalistów – powstaje jednak pytanie, czy do świadczenia takiej pomocy są oni przygotowani. Udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego wymaga przecież stałego szkolenia i podnoszenia kompetencji. Nauczyciele są co prawda zobowiązani do doskonalenia zawodowego zgodnie z potrzebami szkół (art. 6 KN) oraz podnoszenia swojej wiedzy ogólnej i zawodowej, korzystając z prawa pierwszeństwa do uczestnictwa we wszelkich formach doskonalenia zawodowego na najwyższym poziomie (art. 12 KN), ale **żaden z tych ogólnych obowiązków nie wyznacza standardu nauki nt. zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży i sposobu im przeciwdziałania przez personel placówek oświatowych.** Dodatkowo potrzeby w zakresie doskonalenia zawodowego nauczycieli szkoły

ustalane są na każdy rok szkolny przez dyrektorów szkół¹¹¹, co rodzi ryzyko, że kadra nauczycielska nie otrzymuje wystarczającego wsparcia merytorycznego.

Nie można także pominąć, że **wprowadzone normy zatrudnienia mogą jednocześnie uwydatniać dysproporcje w zakresie dostępu do nauczycieli specjalistów w mniejszych placówkach, do których zaliczać się będą w szczególności placówki wiejskie.** W takich ośrodkach **nie jest konieczne, aby w ramach sumy etatów zatrudniony był psycholog lub pedagog specjalny** – dodatkowe wymogi związane z minimalną liczbą pedagogów specjalnych lub psychologów dotyczą dopiero placówek, w których liczba uczniów przekracza 50. W przypadku takich jednostek oświatowych wypełnienie obowiązków w zakresie

¹¹¹ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 sierpnia 2019 r. w sprawie dofinansowania doskonalenia zawodowego nauczycieli, szczegółowych celów szkolenia branżowego oraz trybu i warunków kierowania nauczycieli na szkolenia branżowe (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 2628).

norm zatrudnienia może pozostać spełnione w obliczu ww. regulacji nawet wobec obecności w placówce wyłącznie logopedy. Nie podważając znaczenia roli logopedy dla rozwoju psychofizycznego dziecka, nie można jednak powiedzieć obiektywnie, że może on pełnić tę samą rolę co chociażby psycholog, który zajmuje się zupełnie innym rodzajem zaburzeń.

Jak wynika z danych dostępnych w Rejestrze Szkół i Placówek Oświatowych, **ok. 40% placówek nie zatrudnia aktualnie psychologa** (14 686 pozycji na 39303 aktywne placówki). W przypadku pedagogów specjalnych Rejestr wykazuje 17370 placówek bez obsadzenia tego etatu. Oczywiście należy przyjąć, że statystyka ta jest zawyżona wobec stosowania modeli „psychologów” objazdowych, którzy świadczą pomoc w ramach indywidualnych ustaleń z poszczególnymi gminami (realizując ograniczoną liczbę godzin w poszczególnych placówkach). Natomiast w ramach posiedzenia Komisji Ekspertów ds. Zdrowia Psychicznego z dnia 6 marca 2024 r. przedstawiciele Ministerstwa Edukacji

Narodowej wskazali, że odnotowuje się obecnie wzrost liczby psychologów pracujących w szkołach, ale nadal są duże dysproporcje między poszczególnymi województwami w tym zakresie – **w ok. 25% szkół nie ma psychologa na etacie.**

Warto także wskazać, że nawet zwiększenie minimalnej liczby etatów nie daje pewności co do tego, ile czasu przeznaczonego na pobyt w szkole specjalista faktycznie poświęca uczniom – **liczba godzin spędzonych w szkole nie równa się liczbie godzin udzielonej pomocy.** Problemem jest liczba nałożonych na specjalistów obowiązków administracyjnych, związanych z nieproporcjonalnie szerokimi i czasochłonnymi wymogami sprawozdawczymi¹¹². Jak wynika z analiz wykonanych przez NIK, aż 32% czasu poza godzinami „przy tablicy” nauczyciele poświęcają na prowadzenie dokumentacji szkolnej¹¹³.

¹¹² [Raport_jak_wspierac_uczniow_po_roku_epidemii.pdf \(ipzin.org\)](#), dostęp: 08.04.2024 r.

¹¹³ [NIK o organizacji pracy nauczycieli w szkołach publicznych – część I - Najwyższa Izba Kontroli](#), dostęp: 09.04.2024 r.

W zakresie obowiązków specjalistów szkolnych nie mieści się także współpraca z rodzicami. W szkołach ogół rodziców uczniów reprezentuje rada rodziców, która w porozumieniu z radą pedagogiczną uchwala m.in. program wychowawczo-profilaktyczny. W ramach pracy rady rodziców wprost wskazano możliwość uczestniczenia pielęgniarki środowiskowej nauczania i wychowania lub higienistki szkolnej w celu omówienia zagadnień z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia uczniów, z zachowaniem w tajemnicy informacji o stanie zdrowia uczniów. **Regulacje ustawowe nie przewidują jednak aktywnego udziału w radzie rodziców (czy radzie pedagogicznej) pedagogów specjalnych ani psychologa.** Może to powodować sytuacje, w których, mimo że szkoła i specjaliści są zaangażowani w pomoc dziecku, pozostaje to oderwane od sytuacji rodzinnej dziecka przez brak udziału opiekuna prawnego.

ROZWIĄZANIE

Niewątpliwie działania podejmowane w ostatnich latach, w tym przywołane zmiany legislacyjne, są istotnym krokiem w kierunku poprawy dostępności specjalistów w środowisku szkolnym.

W 2022 r. Ministerstwo Edukacji i Nauki wskazywało, że odpowiedzią na wyzwanie, jakim jest potrzeba pomocy psychologiczno-pedagogicznej przez coraz większą liczbę uczniów, jest m.in. wzrastająca liczba specjalistów w szkołach, utworzenie nowego stanowiska pedagoga specjalnego, nowe kierunki studiów podyplomowych czy zwiększenie nakładów finansowych na pomoc psychologiczno-pedagogiczną. Na wzrost liczby specjalistów w szkołach w 2022 r. w budżecie państwa zabezpieczono blisko 520 mln zł¹¹⁴.

Kolejne kroki powinny zakładać:

¹¹⁴ [Rekordowe środki na wsparcie psychologiczne i pedagogiczne w szkołach - Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego - Portal Gov.pl \(www.gov.pl\)](#), dostęp: 08.04.2024 r.

- **zachęty do kształcenia oraz do podejmowania zatrudnienia w szkołach przez specjalistów** – co umożliwi realny wzrost liczby specjalistów w przedszkolach i szkołach ogólnodostępnych;
- **położenie nacisku na edukację całego grona pedagogicznego oraz rodziców** z zakresu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży przez podjęcie kompleksowych działań mających na celu wzmocnienie ich kompetencji umożliwiających rozpoznawanie symptomów zaburzeń i podejmowanie właściwych działań diagnostycznych oraz wspomagających (szkolenia, materiały edukacyjne, przewodniki itp.) – tak, żeby najbliższe dorosłe otoczenie środowiskowe dziecka funkcjonowało jako system naczyń połączonych i umiało wychwycić potrzebę pomocy na jak najwcześniejszym etapie;
- **przeprowadzenie rewizji procedur i wymogów formalnych związanych z obowiązkami administracyjnymi nakładanymi na pracowników placówek**

edukacyjnych pod kątem liczby oraz częstotliwości realizacji czynności technicznych w celu ograniczenia dokumentacji prowadzonej przez pedagogów oraz nauczycieli lub wypracowania rozwiązań usprawniających ten proces (digitalizacja i automatyzacja) – tak, by wysoki poziom sformalizowania pracy nauczycieli, pedagogów czy psychologów, zajmujący nieproporcjonalną liczbę godzin, która mogłaby być przeznaczona na realną pomoc i działania, przestał być problemem;

- **wypracowanie standardów mających na celu wyrównanie dostępu do pomocy specjalistycznej we wszystkich szkołach, zwłaszcza na obszarach wiejskich**, przez dalsze zmiany regulacyjne w zakresie minimalnej liczby etatów specjalistów przypadających na daną placówkę, w tym rozważenie ich zwiększenia, wprowadzenia wymogów co do obecności psychologa lub pedagoga specjalnego również w mniejszych ośrodkach lub zapewnienie, poza

wyznaczonymi minimalnymi etatami, obowiązkowej obecności psychologa nawet dla kilku placówek znajdujących się w bliskiej odległości (tzw. „psycholog objazdowy”);

- **zaangażowanie w prace rady rodziców i rady pedagogicznej także pedagogów specjalnych i psychologów** oraz stworzenie miejsca do dialogu pomiędzy rodzicami, a pracownikami oświaty;
- **zwiększenie roli higienistek szkolnych i pielęgniarek środowiskowych** w procesie profilaktyki, diagnozy i wsparcia procesu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w granicach ich kompetencji zawodowych, na przykład przez uwzględnianie aspektu zdrowia psychicznego w ramach wykonywanych przez nie badań przesiewowych – w tym wypracowanie standardu, według którego takie badanie miałyby się odbywać, oraz przeprowadzenie działań edukacyjnych dla tej grupy zawodowej, które zapewnią odpowiedni poziom i przydatność badania.

UPRAWNIENIA I OBOWIĄZKI KURATORIÓW OŚWIATY

POTRZEBA

Dla kompleksowego zarządzania tematem **działania mające na celu poprawę systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży na płaszczyźnie oświatowej powinny być prowadzone zarówno na poziomach lokalnych** (dyrektorów szkół, nauczycieli, jednostek samorządu terytorialnego), jak i centralnym (w ramach Ministerstwa Edukacji i Nauki oraz jednostek nadzorujących – kuratoriów oświaty). Działania wszystkich tych podmiotów powinny być względem siebie komplementarne i wspólnie realizować systemowe założenia ochrony zdrowia dzieci i młodzieży. Poza zdefiniowaniem lub doprecyzowaniem ustawowych katalogów zadań i obowiązków poszczególnych podmiotów istotne jest wprowadzenie mechanizmów weryfikacji realizacji tych zadań oraz efektywnego wdrażania mechanizmów naprawczych.

PROBLEM

Zgodnie z Prawem oświatowym kuratorzy oświaty wykonują zadania m.in. w zakresie współdziałania z placówkami doskonalenia nauczycieli czy poradniami psychologiczno-pedagogicznymi oraz właściwymi organami, organizacjami i innymi podmiotami w sprawach dotyczących warunków rozwoju dzieci i młodzieży, w tym w przeciwdziałaniu zjawiskom patologii społecznej, a także z organami jednostek samorządu terytorialnego w tworzeniu i realizowaniu odpowiednio regionalnej i lokalnej polityki oświatowej, zgodnych z polityką oświatową państwa.

Na potrzebę większego zaangażowania kuratoriów w tematykę zdrowia psychicznego polskich uczniów zwracają uwagę sami przedstawiciele tych instytucji, wskazując, że niezbędne dla poprawy aktualnej sytuacji jest organizowanie i udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz prowadzenia dokumentacji udzielonego wsparcia,

a także organizacja kształcenia specjalnego ze szczególnym uwzględnieniem sposobów realizacji zajęć rewalidacyjnych i zajęć specjalistycznych wynikających z orzeczeń i opinii poradni psychologiczno-pedagogicznych oraz konstruowania indywidualnego programu edukacyjno-terapeutycznego i wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania ucznia¹¹⁵. **O ww. potrzebach wypowiedział się również NIK, adresując do kuratoriów oświaty rekomendacje w zakresie kompleksowego wspomagania szkół w sytuacjach kryzysowych oraz monitorowania form i zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej udzielanej uczniom przez szkoły**¹¹⁶.

¹¹⁵ Tak przykładowo: Sprawozdanie z nadzoru pedagogicznego sprawowanego przez Mazowieckiego Kuratora Oświaty w roku szkolnym 2022/2023 oraz Sprawozdanie z nadzoru pedagogicznego sprawowanego przez Lubelskiego Kuratora Oświaty w roku szkolnym 2022/2023

¹¹⁶ Szkoły w czasach pandemii – Najwyższa Izba Kontroli (nik.gov.pl), dostęp: 09.04.2024 r.

Nowe technologie

GŁOS MŁODZIEŻY

Ze względu na gwałtowny postęp technologiczny, współczesne realia dzieci i młodzieży znacząco różnią się od tych, jakie znają osoby podejmujące za nie decyzje. W związku z tym przedstawiamy naszą perspektywę problemów wiążących się z nowymi technologiami, a także pomysły na ich potencjalne rozwiązania. Wyrażamy pogląd, że nasze zdrowie – dzieci i młodzieży – jest zbyt ważne, by zostawić je wyłącznie w rękach osób dorosłych bez podjęcia wspólnego dialogu.

Autorki:

Lena Maria Czerwińska,
Zuzanna Jończyk,
Hanna Kuźmitowicz,
Julia Perlejewska,
Zuzanna Rudziks,
Małgorzata Rutkowska,
Marianna Skowronek

Koordinatorki:

dr Anna Czernihowska-Tymoszyk,
Anna Rzepa

Uzależnienie

W kwestii uzależnień za szczególnie alarmujące uważamy dwa zjawiska: **media jako używka i używki w mediach**. Oczywiście jest, że młodzież jest grupą szczególnie narażoną na ekspozycję na ten fenomen. Zgodnie z danymi Rzecznika Praw Dziecka, aż 13% dzieci, 11% nastolatków i 15% młodzieży w Polsce jest uzależnionych od mediów społecznościowych w stopniu wymagającym specjalistycznej pomocy¹¹⁷. Odpowiedzialny za to jest model ich działania; **najpopularniejsze aplikacje celowo są projektowane na wzór używki, prowadząc do ciągłego zaangażowania użytkownika**. Pobudzają one te same obwody neuronowe co partycypacja w hazardzie lub spożywanie narkotyków, a ich elementy takie jak polubienia czy obserwacje stymulują obszar nagrody w mózgu, co prowadzi do uzależnienia. **Apelujemy**

¹¹⁷ Więcej: <https://brpd.gov.pl/2022/01/13/badanie-rpd-dzieci-chca-ale-juz-nie-potrafia-oderwac-sie-od-mediow-spoecznościowych/>.

o pomoc w szerzeniu świadomości o istnieniu tego zjawiska i dążenie do tego, by media społecznościowe służyły nam, a nie my im.

Oprócz sposobu działania mediów, same treści, które są przez nie promowane, przyczyniają się do wzrostu uzależnień wśród młodzieży. Alarmującym i niezwykle popularnym schematem, na który należy zwrócić uwagę, jest romantyzowanie, czyli nadanie estetycznego obrazu zjawiskom negatywnym i szkodliwym. W serialu Euforia atrakcyjni aktorzy, w rzeczywistości dużo starsi niż postacie, które odgrywają, przedstawiali, przy akompaniamencie zachwycających efektów wizualnych, całe spektrum bardzo poważnych problemów nastolatków – sprawiając, że nawet zażywanie opioidów wyglądało estetycznie i zachęcająco. Zwracamy również uwagę na promocję szkodliwych zachowań w popularnej muzyce i amatorskiej twórczości zamieszczanej w mediach społecznościowych, których algorytmy podsuwają ją ogromnej grupie młodych odbiorców.

100 najpopularniejszych filmików na jednej z lubianych platform pod hasztagiem #alcohol obejrzano 291 999 100 razy, a ich wydźwięk względem spożywania alkoholu w 98% był pozytywny. Należy zadać w tym miejscu pytanie o to, kogo należy obarczyć odpowiedzialnością za ten fenomen i jak go rozwiązać – czy drogą są ściślejsze regulacje treści? Czy edukacja samych odbiorców? Na kim spoczywa odpowiedzialność: właścicielach i administratorach platform czy ich użytkownikach?

Strach

Naszemu pokoleniu przypisuje się miano najbardziej zalęknionego. **Doświadczamy najwyższego poziomu stresu i niepokoju ze wszystkich przebadanych generacji, zmienił się także sam zakres lęku**. Nie martwimy się już tylko o nas samych – przerażenie wywołuje troska o losy całego świata. Nasze codzienne zmartwienia to **epidemie, wojny i zmiany klimatyczne**. Statystyki pokazują, że **49% młodych dorosłych odczuwa**

codzienny niepokój o przyszłość, a aż 59% określiło perspektywy całego naszego pokolenia jako „przerażające”¹¹⁸. Przyczynia się do tego także presja rówieśnicza, by przejmować się tymi tematami i edukować się w ich zakresie. Żyjemy w ciągłym lęku przed wybuchem kolejnej wojny światowej. Media żywią się tym strachem i nieustająco go podsycają.

Od dawna wiadomo, że najlepiej sprzedają się szokujące informacje, które silnie wpływają na nasze emocje. Nigdy jednak nie było to wykorzystywane na tak szeroką skalę. **Obserwujemy skracający się czas zdolności do skupienia się wśród młodzieży związany z coraz krótszymi formami przekazu informacji**. Krótki format – clickbaitowe nagłówki, kilkusekundowe filmiki, zdjęcia – sprawia, że wpadamy w ciągłą

¹¹⁸ Więcej: <https://news.sky.com/story/almost-two-thirds-of-young-people-fear-for-their-generations-future-12711303>.

huśtawkę nastrojów. Do tego dochodzą tzw. fake newsy, do których tworzenia coraz częściej wykorzystuje się nowe technologie (np. deepfake). Ciężko nam oddzielić świat rzeczywisty od tego wykreowanego cyfrowo, co wywołuje uczucie dezorientacji. **To wszystko prowadzi do przebodźcowania, czyli stanu, w którym do naszego mózgu dociera zbyt wiele informacji i wrażeń jednocześnie, co w konsekwencji prowadzi do przeciążenia naszego układu nerwowego. Może objawiać się to zwiększoną nerwowością, rozdrażnieniem, lękliwością, przemęczeniem, a nawet depresją.**

Zwiększający się dostęp do informacji wiąże się ze wzrostem liczby decyzji, które musimy podejmować. Wydawać się może, że większy wybór równa się większej wolności, a, co za tym idzie, szczęściu. Jednak najnowsze badania pokazują, że po osiągnięciu pewnego pułapu, kiedy zwiększa się liczba wyborów, nasze zadowolenie spada. Dodatkowo spotykamy się z paraliżem analitycznym. Jest to określenie potocznie używane do opisan

poczucia niemożności podjęcia decyzji z powodu nadmiernego zagłębiania się w analizę problemu.

Do tego wszystkiego dochodzi, często opisywany, strach przed wykluczeniem informacyjnym, tzw. FOMO (ang. fear of missing out). Nasza chęć odcięcia się i zrezygnowania z social mediów ginie w obliczu lęku przed utratą ciągłego dostępu do informacji.

Bezpieczeństwo

Czy nowe technologie są bezpieczne? Niezależnie od odpowiedzi na to pytanie, badania wykazują, że **jedna trzecia nastolatków cierpi na fobię społeczną, która jest związana z ciągłym poczuciem bycia ocenianym.** Zjawisko to jest potęgowane właśnie przez media społecznościowe i ich mechanizmy. Popularne trendy internetowe, np. „That Girl”, czyli promocja zakrawającego o ortoreksję stylu życia, nakładają na młode osoby, w szczególności dziewczyny, presję dążenia do doskonałości. Elementy aplikacji takie jak „ocena

użytkownika” mogą dokładać się do dalszego lęku przed oceną. Zwracamy również uwagę na to, jak wcześniej to zjawisko się zaczyna. **Obecnie aż 23% dzieci rozpoczyna cyfrowe życie jeszcze przed swoimi narodzinami**¹¹⁹. Jest to wynik rosnącej tendencji do dzielenia się w mediach społecznościowych prywatnymi detalami dotyczącymi ciąży, a później wczesnego rodzicielstwa, czyli **tzw. sharenting**, który występuje zarówno u rozpoznawalnych celebrytów, jak i osób prywatnych. W Polsce zdjęciami swoich pociech dzieli się średnio 40% rodziców. Jest to szczególnie alarmujące w kontekście zagrożeń wiążących się z tym, że udostępniony w sieci wizerunek jest w praktyce niemożliwy do ochrony. Przykładem takiego niebezpieczeństwa może być baby role play, czyli praktyka polegająca na używaniu skradzionego wizerunku dziecka w celu realizacji różnych, w tym seksualnych, fantazji.

¹¹⁹ Więcej: <https://mamywsieci.pl/tych-zdjec-swojego-dziecka-nigdy-nie-wrzucaj-na-facebook/>.

Również rozwój i rozpowszechnienie się AI przyczynia się do łamania granic użytkowników i naruszania ich poczucia bezpieczeństwa, przykładem czego są deepfake'i. Na rynku dostępne są liczne aplikacje działające przy pomocy sztucznej inteligencji, które umożliwiają manipulację wizerunkiem. Aż 98% przypadków zastosowania technologii deepfake w sieci to produkcja filmów pornograficznych¹²⁰. **Wyrażamy sprzeciw wobec wykorzystywania cudzego wizerunku w ten sposób oraz narażanie dzieci i młodzieży na łatwy kontakt z takimi treściami – zwłaszcza w sytuacji, w której średni wiek zetknięcia się internautów z pornografią to 11 lat**¹²¹.

Czy należy wstrzymać rozwój AI i zakazać publikacji swojego wizerunku w sieci? Nie. Ale apelujemy **o efektywniejsze monitorowanie**

¹²⁰ Więcej: <https://www.homeseecurityheroes.com/state-of-deepfakes/#deepfake-porn-survey>.

¹²¹ Więcej: <https://www.fundacja-zdrowie-dziecka.pl/dzieci-uzalezniowane-od-pornografii-ogladaja-ja-juz-11-latkowie/>.

takich zachowań, edukację osób dorosłych w zakresie dysponowania wizerunkiem dziecka czy zmiany w legislacji umożliwiające kontrolę powyżej opisanych praktyk.

Dzieci i młodzież zasługują na bezpieczeństwo i ochronę, zwłaszcza w świecie cyfrowym.

Kontakt

Jesteśmy pokoleniem najlepiej skomunikowanym od zarania dziejów a jednak najbardziej samotnym.

Ponad połowę polskich nastolatków (53,9%) cechuje wysoki poziom poczucia osamotnienia w mediach społecznościowych.

Poczucie samotności połączone z nieustającą potrzebą bycia online skutkuje poszukiwaniem alternatyw dla kontaktów z prawdziwymi ludźmi. Obserwujemy wciąż rosnącą popularność „AI relationship bots” (ang. boty do tworzenia relacji oparte na sztucznej inteligencji). Na rynku pojawiają się coraz to nowsze alternatywy: od klasycznych chatbotów, przez „wirtualne dziewczyny” czy cyfrowych terapeutów aż po programy

oferujące „rozmowy ze zmarłymi” bazujące na przekazanych im danych. Zauważamy stopniowe zacieranie granic między światem wirtualnym, a rzeczywistym. Metaverse, czyli koncept świata, w którym reprezentują nas cyfrowe awatary, które spędzają czas podobnie do nas: pracują, bawią się, spotykają ze znajomymi i, oczywiście, dokonują zakupów, stopniowo przestaje się nam wydawać aż tak nierealistyczny – szczególnie gdy weźmiemy pod uwagę fakt, że już teraz 4 miliony Polaków swój czas wolny codziennie spędza w wirtualnym świecie gry multiplayer o nazwie Roblox. Oferuje ona samodzielne kształtowanie rozgrywki poprzez tworzenie nowych światów, map, bohaterów czy przedmiotów. Ogromne firmy, takie jak Nike, Gucci czy H&M założyły w grze wirtualne miasta, w których można kupować cyfrowe kopie ich klasycznych produktów, promując zakupoholizm. Aż 64% jej użytkowników to osoby poniżej 26. roku życia. Właśnie w taki sposób firmy wprowadzają nieświadome dzieci do świata, w którym granice

między tym, co rzeczywiste, a tym, co cyfrowe, zlewają się jak nigdy dotąd. Jest to szczególnie alarmujące, gdy uwzględnimy fakt, że coraz więcej gigantów cyfrowych inwestuje w technologie VR.

Innym problemem związanym z naszą cyfrową obecnością są bańki informacyjne. **Wysoko rozwinięta personalizacja treści sprawia, że dociera do nas przekaz tylko jednej ze stron.** Czym więcej oglądamy treści o konkretnym charakterze, tym więcej podobnych materiałów będą nam podsuwały algorytmy odcinając nas od innych punktów widzenia. Utwierdzamy się w przekonaniu, że nasze poglądy są jedynymi słusznymi, dominującymi w społeczeństwie. Prowadzi to do kształtowania się coraz wyraźniejszych podziałów społecznych, zamykania się na dialog oraz niechęci do wysłuchiwanie argumentów drugiej strony. Narasta wrogość i antagonizmy, co może przekładać się na sytuację w świecie rzeczywistym.

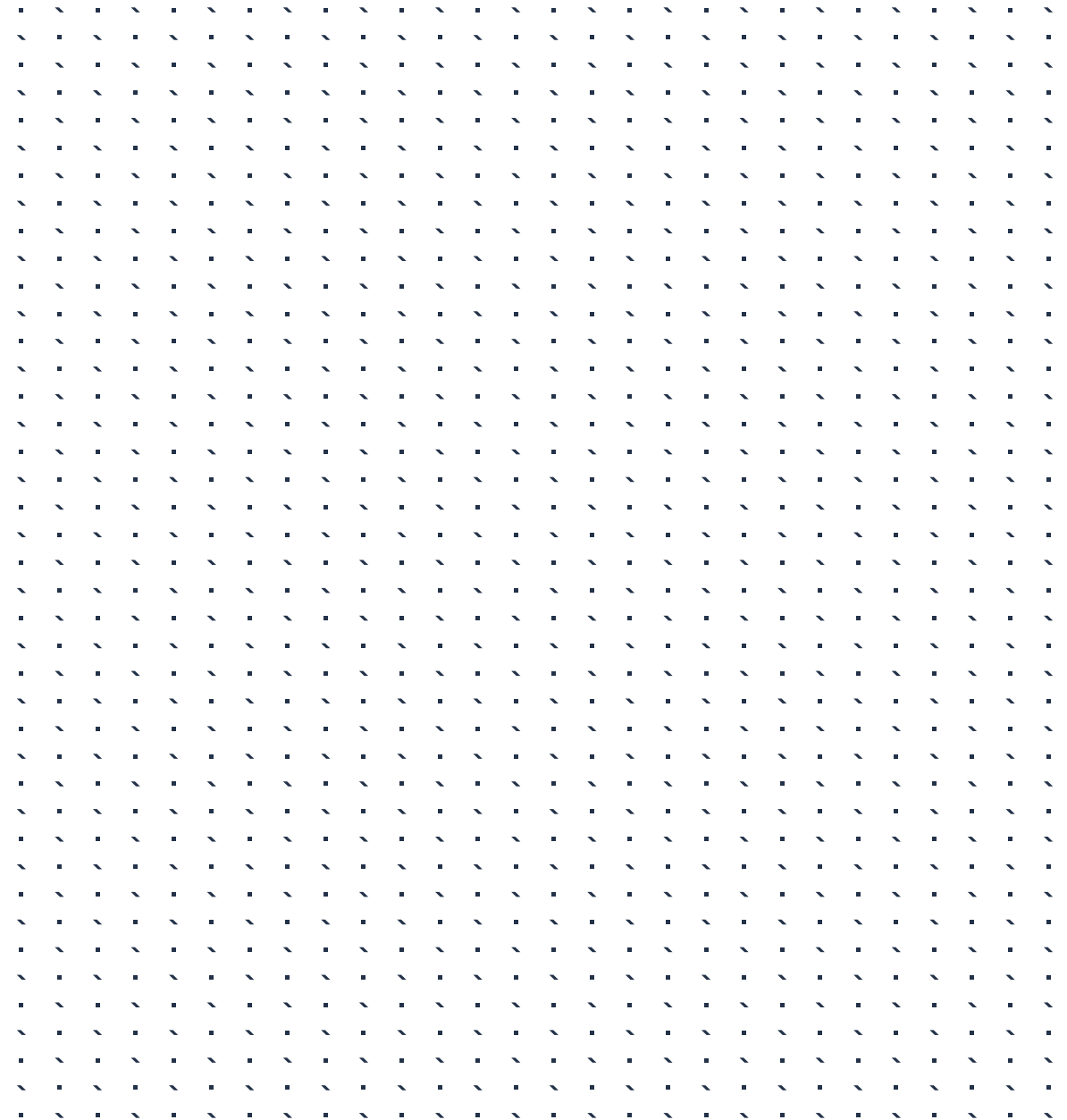
Szczur 34

Przeprowadzono eksperyment, w którym tytułowy „szczur 34” dostał wybór pomiędzy jedzeniem a naciśnięciem klapki. Naciśnięcie klapki powodowało pobudzenie ośrodka przyjemności w jego mózgu. Według wyników badań, szczur wolał naciskać klapkę, a w efekcie przestał jeść i normalnie funkcjonować.

My sami, dzieci i młodzież, czujemy się jak obiekt badawczy w eksperymencie dorosłych. To dorośli stworzyli nam niemożliwe, atrakcyjne cele w świecie Internetu oraz to oni stale zwiększają w nim poziom trudności naszych zadań. Zatrudniani są specjaliści do spraw uzależnień, których zadaniem jest przywiązanie nas do ekranów telefonów, laptopów i komputerów. Tak tworzą się nałogi. To dorośli twórcy otworzyli przed nami ten świat i stale nas w nim utrzymują. Mamy pato-wybór. Czy odłożyć telefon, a z nim nasze relacje, czy pozostać TAM, ale w odcięciu od rzeczywistego świata?

W ostatnim czasie CEO gigantów technologicznych zostali oskarżeni o pośrednią winę za traumy i samobójstwa tysięcy młodych osób korzystających z ich aplikacji. Mimo, że to nie my stworzyliśmy realia świata, w którym obecnie żyjemy, to właśnie od nas oczekuje się znalezienia rozwiązania wszelkich problemów. Jednak to właśnie fakt, że nie znamy odpowiedzi, jak to zrobić, sprawia, że odczuwamy potrzebę szerzenia wiedzy o tym, jak krytyczna jest nasza sytuacja.

„Wyłącz ten komputer!”, „Odłóż ten telefon!” – to recepta dorosłych...



Promowanie cyberhigieny i walka z uzależnieniem

POTRZEBA

Uzależnienie od mediów społecznościowych i internetu to ogromny problem wśród najmłodszych Polaków. Według badań przeprowadzonych na zlecenie Rzecznika Praw Dziecka na próbie 5800 uczniów, 13% dzieci, 11% nastolatków i 15% młodzieży jest uzależnionych od mediów społecznościowych w sposób wymagający profesjonalnej pomocy. Nie licząc zajęć szkolnych, aż 22% młodzieży spędza dziennie w Internecie ponad 6 godzin, a 24% młodzieży deklaruje, że zaniedbuje inne zajęcia ze względu na korzystanie z mediów społecznościowych. Aż 32% dzieci twierdzi, że podejmowało daremne próby spędzania mniejszej ilości czasu w mediach społecznościowych¹²².

¹²² Badanie RPD: Dzieci chcą, ale już nie potrafią oderwać się od mediów społecznościowych – Rzecznik Praw Dziecka (brpd.gov.pl)

Ponadto, jak pokazują badania, **wyższa częstotliwość korzystania z urządzeń elektronicznych przez dzieci** – szczególnie te młodsze, uczęszczające do szkół podstawowych – **wiąże się z obniżeniem inteligencji werbalnej i mniejszym wzrostem objętości mózgu po kilku latach.** Negatywne konsekwencje wiążą się z gorszym niż u rówieśników rozwojem rozumienia oraz pamięci, umiejętności skupienia uwagi oraz powstawaniem zaburzeń funkcji wykonawczych, emocjonalnych i zaburzeń układu nagrody¹²³. Niektóre wyniki badań porównują nawet zachodzące w mózgu zmiany do tych obserwowanych u narkomanów¹²⁴.

Z jednej strony mamy więc do czynienia sytuacją, w której, biorąc pod uwagę czas na sen i naukę szkolną, młode osoby nie mają czasu na „analogowe” aktywności w ciągu doby, a z drugiej –

¹²³ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9273128/table/t2/>

¹²⁴ <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306460319313802>

samodzielne próby ograniczania czasu spędzonego przed ekranem nie przynoszą skutku. Konsekwencje postępującego uzależnienia od urządzeń elektronicznych mogą mieć realne negatywne konsekwencje zdrowotne. **Pojawia się więc potrzeba wsparcia dzieci w lepszym zarządzaniu czasem i nauczanie ich radzenia sobie i znajdowania satysfakcji z przebywania poza wirtualnym światem.**

PROBLEM

O ile to, jak dzieci powinny spędzać czas wolny poza szkołą – i czy robią to w przestrzeni wirtualnej czy w świecie rzeczywistym – pozostaje w gestii rodziców, o tyle **ustawodawca może zadbać o to, by chociaż w szkole zapewnić uczniom warunki pozwalające oderwać je od urządzeń elektronicznych i skupić się na nauce.** Prawo oświatowe co prawda wskazuje, że to statut szkoły powinien określać obowiązki ucznia, m.in. w zakresie warunków korzystania z telefonów komórkowych

i innych urządzeń elektronicznych na jej terenie, natomiast zakres tego obowiązku jest wąski – chodzi bowiem o ustalenie zasad, a nie wprowadzenie ustawowego zakazu wnoszenia i korzystania z telefonów, które mogłoby zostać uznane za nadmierne ingerowanie w prawo własności. Zgodnie ze statutem szkoły możliwe jest więc zabronienie uczniom korzystania z telefonów na lekcjach, ale zakaz ten nie może już dotyczyć np. przerw. Oderwanie od zastrzyków dopaminowych związanych z użyciem np. telefonu w szkole jest więc tylko pozorne.

Uczniowie nie są też uczeni, jak z korzyścią dla własnego rozwoju korzystać z internetu i urządzeń elektronicznych. W podstawie programowej póki co próżno szukać edukacji w zakresie higieny cyfrowej czy negatywnych aspektów korzystania z social mediów. Nie uczy się zatem młodego pokolenia, z jakimi zagrożeniami może wiązać się korzystanie z Internetu ani jak radzić sobie z problemami, które mogą z tego wyniknąć.

ROZWIĄZANIE

Po pierwsze, należy rozważyć **rozszerzenie uprawnień szkół do ograniczania możliwości korzystania z telefonów komórkowych i innych urządzeń elektronicznych na terenie szkoły**. Taka decyzja powinna zostać poprzedzona przeprowadzeniem badań, których w Polsce na razie brakuje. Przykładowo Uniwersytet Stanowy w Luizjanie oraz Uniwersytet Teksański w Austin już w 2013 r. analizowały, jak obowiązywanie zakazu w Wielkiej Brytanii wpływa na wyniki egzaminacyjne uczniów. Stwierdzono wtedy, że **zakaz używania telefonów komórkowych w szkole dobrze eliminuje nierówności edukacyjne, ponieważ poprawia wyniki „słabych” licealistów, a nie wpływa na wyniki „bardzo dobrych” uczniów**.¹²⁵ Podobnie badanie norweskie z 2024 r. przeprowadzone na 400 szkołach pokazuje pozytywny wpływ wprowadzenia zakazu. Zaobserwowano m.in. **poprawę ocen, ok. 30% spadek**

¹²⁵ <https://serwisy.gazetaprawna.pl/edukacja/artykuly/1441056.czy-nalezzy-zabronic-korzystania-ze-smartfonow-i-tabletow-podczas-zajec.html>

potrzeby konsultacji ze specjalistami zajmującymi się zdrowiem psychicznym wśród dziewczyn oraz ok. 45% spadek przypadków znęcania się. Podobnie jak badanie brytyjskie, także norweskie badanie pokazuje, że zakaz najkorzystniej wpływa na uczniów z najniższym kapitałem społecznym. Co ciekawe też, najbardziej rygorystyczne zakazy przynoszą najlepsze rezultaty¹²⁶. Natomiast inne badanie przeprowadzone w 2017 r. w Szwecji nie wykazało przełożenia się zakazu na wyniki uczniów, choć, jak wskazywali badacze, może to wynikać z konkretnych różnic, jakie dzielą systemy edukacyjne różnych krajów¹²⁷. Na pewno potrzeba jest jednak działań i chociażby umożliwienia szkołom testowania różnych rozwiązań – zwłaszcza jeśli korzystanie przez uczniów z telefonów staje się przeszkodą dla ich rozwoju (własnego, kontaktów z rówieśnikami, wyników w nauce..).

¹²⁶ <https://openaccess.nhh.no/nhh-xmlui/bitstream/handle/11250/3119200/DP%2001.pdf>

¹²⁷ <https://serwisy.gazetaprawna.pl/edukacja/artykuly/1441056.czy-nalezzy-zabronic-korzystania-ze-smartfonow-i-tabletow-podczas-zajec.html>

Warto wskazać, że 20 lutego 2024 Instytut Spraw Obywatelskich wystosował list otwarty do Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Cyfryzacji w tej sprawie, wskazując, że zakazy korzystania z urządzeń elektronicznych w szkole zostały już wprowadzone np. we Francji, Włoszech, Grecji, Portugalii czy Chinach¹²⁸. Przykładowo we Francji od 2018 roku uczniowie szkół podstawowych i średnich mogą mieć wyłączony telefon w plecaku, ale nie może być on włączony także na przerwach¹²⁹. Rozwiązaniem jeszcze bardziej oddalającym urządzenie od ucznia mogłaby być konieczność zostawiania telefonu w określonym miejscu – np. w zamkniętej szafce na terenie szkoły.

Po drugie, **podstawa programowa powinna zawierać element edukacji uczniów z zakresu bezpiecznego i zdrowego korzystania z Internetu,**

¹²⁸ <https://instytutsprawobywatelskich.pl/czas-na-higiene-cyfrowa-apel-do-nowackiej-i-gawkowskiego/>

¹²⁹ <https://www.theguardian.com/world/2018/jun/07/french-school-students-to-be-banned-from-using-mobile-phones>

komputera czy telefonu. Taka edukacja powinna obejmować nie tylko aspekty techniczne i bezpieczeństwo online, ale także **świadomość zagrożeń związanych z nadmiernym korzystaniem z urządzeń elektronicznych**, takich jak uzależnienie czy negatywne skutki dla zdrowia psychicznego. Uczenie dzieci i młodzieży zdrowych nawyków cyfrowych, rozpoznawania symptomów cyfrowego przeciążenia oraz strategii radzenia sobie z nim, pozwoli im lepiej zrozumieć zjawiska i stany psychiczne, z jakimi się mierzą. Dodatkowo część zajęć mogłaby zostać poświęcona zjawiskom dezinformacji oraz rozwijania umiejętności weryfikowania źródeł informacji, tj. w ogólności nauce korzystania z technologii cyfrowych.

Po trzecie, trzeba przenieść nauczycieli do ery, w jakiej żyją ich uczniowie. Szwedzkie badania, które wykazały brak znaczącego wpływu na podniesienie się poziomu kształcenia po wprowadzeniu zakazu korzystania z telefonów, wskazywały właśnie na znaczącą rolę szwedzkich nauczycieli, którzy już przed zakazem posiadali

wieloletnie doświadczenie w radzeniu sobie z obecnością urządzeń elektronicznych wśród uczniów. Szwecja była bowiem jednym z pierwszych krajów, które ochoczo wprowadzały pomoce elektroniczne już do szkół podstawowych.

Edukacja nauczycieli powinna zatem obejmować nie tylko metody nauczania, ale również zrozumienie możliwości i zagrożeń związanych z korzystaniem przez dzieci i młodzież z urządzeń elektronicznych. Szkolenie nauczycieli w tych obszarach pozwoli im lepiej zrozumieć świat, w którym żyją ich uczniowie, a także pomoże skuteczniej przeciwdziałać problemom takim jak cyberprzemoc czy uzależnienie od technologii.

Po czwarte, **warto też wspierać samoregulację dostawców platform.** Działania takie promuje już Unia Europejska w ramach Koalicji dla lepszej ochrony nieletnich w sieci. Celem Koalicji jest promowanie tworzenia prostych narzędzi zgłaszania nadużyć dla nieletnich, tworzenia dostosowanych do wieku ustawień prywatności, szerszego stosowania klasyfikacji treści,

szerszego stosowania kontroli rodzicielskiej i skutecznego usuwania materiałów przedstawiających seksualne wykorzystywanie dzieci.¹³⁰ Polska – pod kierownictwem np. Rzecznika Praw Dziecka i wybranych ministerstw – również może wspierać samoregulację na bazie unijnych regulacji – w szczególności takich jak RODO, dyrektywa e-Privacy, dyrektywa o audiowizualnych usługach medialnych, DSA, DMA czy AI Act – i **promować tworzenie krajowych kodeksów dobrych praktyk.** Przykładem takich działań podejmowanych w przeszłości jest np. przestarzały już kodeks z 2007 r. oparty na Europejskich Ramach Bezpiecznego Korzystania z Telefonów Komórkowych przez Dzieci i Młodzież¹³¹ czy Kodeks Dobrych Praktyk KRRiT dotyczący szczegółowych zasad ochrony małoletnich w audiowizualnych usługach medialnych na żądanie¹³².

¹³⁰ <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/self-regulation-better-internet-kids>

¹³¹ <https://www.gsma.com/gsmaeurope/wp-content/uploads/2012/04/polandcoc.pdf>

¹³² <https://www.iab.org.pl/baza-wiedzy/kdp-vod-nieletni/>

Walka z cyberprzemocą

POTRZEBA

Tylko 40% nastolatków uważa, że nie doświadczyło jakiejś formy przemocy w Internecie.

Niemal 40% uczniów 7 klasy szkoły podstawowej było świadkami wyzywania znajomych w Internecie. Co czwarty z nich obserwował ośmieszanie, a częściej niż co piąty – poniżanie w sieci kogoś ze znajomych. Zmienia się też kultura zachowania w Internecie. 17,8% młodzieży nie jest w stanie określić, czy dane aktywności to przemoc wobec nich. Badanie pokazuje też, że rodzice mają małą świadomość doświadczenia przemocy online przez ich dzieci, a 40% ofiar przemocy internetowej nie zgłasza problemu, nie szuka pomocy ani nie informuje o zdarzeniu. W tym tylko:

- co dwudziesty nastolatek zdecydował się zgłosić problem z przemocą online nauczycielowi czy psychologowi/pedagogowi,
- 7,5% nastolatków zgłaszało problem na stronie, portalu lub

w serwisie, na którym miało miejsce zdarzenie

- 3,7% nastolatków skorzystało z porady uzyskanej poprzez telefon zaufania,
- 3,3% nastolatków powiadomiło organy ścigania,
- 3% nastolatków zgłosiło problem instytucji, która specjalizuje się w walce z tym zjawiskiem w Internecie¹³³.

Oznacza to, że zjawisko doświadczania przemocy w Internecie przez młodzież jest bardzo szerokie, a jednocześnie **nie szuka ona pomocy wśród specjalistów oraz nie zgłasza przypadków przemocy dostawcom platform internetowych czy kompetentnym osobom.**

PROBLEM

Obecnie brak jest przepisów kompleksowo regulujących cyberprzemoc. Wynikać to m.in.

¹³³ <https://www.nask.pl/pl/aktualnosci/5316,Co-robia-nasze-dzieci-w-sieci-czyli-Raport-z-najnowsze-badania-NASK-Nastolatki.html>

z faktu, że zjawisko to może przybrać różne formy takie jak: nękanie, *cyberstalking*, *trolling*, naruszanie prywatności, kradzież danych, upublicznianie informacji (*doxing*), szantaż (*sextortion*), mowa nienawiści czy groźby stosowania przemocy seksualnej, fizycznej. Tym samym przepisy, które mogą mieć zastosowanie do cyberprzemocy również są rozsiiane po różnych działach kodeksu karnego i innych aktach prawnych. Najważniejsze z nich to:

- elektroniczny kontakt z osobą małoletnią w celach pedofilskich (art. 200a KK),
- propagowanie pedofilii (art. 200b KK),
- uporczywe nękanie i kradzież tożsamości (art. 190a KK),
- groźba karalna (art. 190 KK),
- naruszenie intymności seksualnej (art. 191a KK),
- publiczne prezentowanie treści pornograficznych (art. 202 KK),
- mowa nienawiści (art. 256 i 257 KK),
- zniesławienie (art. 212 KK),
- zniewaga (art. 216 KK),

- naruszenie przepisów związanych z bezprawnym przetwarzaniem danych osobowych (art. 107 ustawy o ochronie danych osobowych),
- zakaz rozpowszechniania wizerunku danej osoby bez jej zgody (art. 81 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych),
- naruszenie dóbr osobistych (art. 23 KC).

Egzekwowalność tych przepisów w zakresie, w jakim dotyczą cyberprzemocy, jest jednak niska.

Cyberprzemoc stała się bowiem zjawiskiem globalnym oraz nieograniczonym czasem. Sprawcy niejednokrotnie pozostają anonimowi, co uniemożliwia dochodzenie swoich praw przez ofiary. Przesłanki karne są dodatkowo najczęściej ścigane jedynie na wniosek pokrzywdzonego – a, jak pokazują przywołane statystyki, jedynie mały procent przypadków cyberprzemocy jest w ogóle jakkolwiek zgłaszany. Wszystko to tylko zwiększa poczucie bezkarności sprawców.

Ponadto duża część ww. przepisów tworzona była już kilkanaście lat

temu, w związku z czym nie zawsze adresuje pełne spektrum problemów. **Biuro Analiz Sejmowych wskazuje przykładowo, że brakuje regulacji, które można by zastosować do wysyłania obraźliwych wiadomości, treści pornograficznych, niechcianych propozycji seksualnych czy mowy nienawiści ze względu na płeć lub orientację seksualną**¹³⁴.

Również na poziomie Unii Europejskiej trudno zaobserwować postęp prac nad kompleksową regulacją wspólnotową dotyczącą mowy nienawiści i przestępstw związanych z „hejtem”. Minęły już dwa lata od złożenia wniosku Komisji do Rady o podjęcie działań w tej sprawie. Dopiero teraz pojawiają się pomysły, by skorzystać z tzw. „klauzul pomostowych” w celu przewyciężenia przeszkód wynikających z potrzeby

¹³⁴ [https://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/AF7C4E154156DC27C12587DB0032DA66/\\$file/Infos_293.pdf](https://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/AF7C4E154156DC27C12587DB0032DA66/$file/Infos_293.pdf)

jednomyślności w Radzie¹³⁵. Mimo braku konkretnych działań legislacyjnych Unia stworzyła jednak szereg wytycznych skierowanych do organów publicznych, które mają pomagać zwalczać hejt w Internecie¹³⁶.

ROZWIĄZANIE

Polska powinna podjąć konkretne działania mające na celu zwalczenie cyberprzemocy. W tym celu może oprzeć się na szeregu dokumentów, które stworzyła Unia Europejska, a które stanowią wskazówkę dla budowy kompleksowych, krajowych rozwiązań. To, jaki powinien być kształt tych rozwiązań, powinno być co najmniej przedmiotem analiz, których na razie brak. Między innymi Holandia, Szwecja czy Malta wprowadziły już

¹³⁵ <https://www.europarl.europa.eu/news/pl/press-room/20240112IPR16777/time-to-criminalise-hate-speech-and-hate-crime-under-eu-law>

¹³⁶ https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/combating-discrimination/racism-and-xenophobia/combating-hate-speech-and-hate-crime_en

dosyć kompleksowe przepisy w tym zakresie, a szczególnie ciekawy jest przypadek Kanady, która właśnie pracuje nad ustawą chroniącą przed krzywdami w Internecie¹³⁷. Należy badać efekty tych legislacji i adoptować sprawdzone rozwiązania.

Nie można przy tym jednak zapominać, że każde działanie legislacyjne powinno brać pod uwagę konieczność zapewniania wolności słowa. W szczególności kontrowersyjne może być szerokie definiowanie „hejtu” jako np. obrażanie (jakichkolwiek) uczuć innych osób. W Polsce funkcjonuje bowiem już podobny i niejednokrotnie krytykowany art. 196 KK, który penalizuje m.in. „obrażanie uczuć religijnych innych osób”. Krytycy wskazują, że prawo karne nie powinno nakładać sankcji wyłącznie za wywołanie subiektywnego odczucia u drugiej osoby, na które często nie mamy wpływu. By przeprowadzona zmiana była zatem dobrze przyjęta, **istotne jest znalezienie obiektywnego wymiaru (i opisu) zjawisk, jakimi są hejt czy**

137 <https://www.nytimes.com/2024/04/09/world/canada/canada-hate-speech.html>

cyberprzemoc, oraz obudowanie ich systemowymi rozwiązaniami.

Szczególną rolę w zwalczaniu cyberprzemocy może mieć efektywne wdrożenie przepisów DSA.

Rozporządzenie zakłada bowiem możliwość tworzenia tzw. „zaufanych podmiotów sygnalizujących”, których zgłoszenia powinny być rozpatrywane w pierwszej kolejności przez dostawców platform internetowych. Mają być to wyspecjalizowane podmioty, które działają niezależnie od platform w celu sprawnego wykrywania i zgłaszania nielegalnych treści w Internecie. By organizacje mogły uzyskać status zaufanego podmiotu sygnalizującego, Polska powinna jak najszybciej wdrożyć przepisy wykonawcze do DSA (co powinno stać się już 17 lutego 2024) i tym samym umożliwić tworzenie takich podmiotów. Jak wskazuje KRRiT, **w ramach tych działań należy też dobrze zdefiniować pojęcie „nielegalnej treści” na**

gruncie prawa krajowego¹³⁸. Jeżeli pojęcie to nie będzie wystarczająco precyzyjnie obejmowało różnych form cyberprzemocy (w tym hejtu), działalność zaufanych podmiotów sygnalizujących może być w tym zakresie bardzo ograniczona. Dopiero wdrożenie DSA z uwzględnieniem specyfiki internetowych przestępstw cyberprzemocy oraz aktywne wspieranie podmiotów, które starają się o status zaufanego podmiotu sygnalizującego, może pomóc efektywniej zwalczać hejt w Internecie.

Istotne jest jednak zrozumienie, że samo uchwalenie odpowiednich przepisów jest niewystarczające. **Być może ważniejsze jest budowanie świadomości i prowadzenie szeroko zakrojonych działań edukacyjnych.** Większość ekspertów uważa, że ofiary niechętnie zgłaszają się na policję, ponieważ odczuwają strach, poczucie winy lub wstyd. Wskazuje się, że ofiary nie ufają organom ścigania, i nie

138 <https://www.wirtualnemedi.pl/artykul/dsa-akt-o-uslugach-cyfrowych-co-to-jest-krrit>

mają świadomości przysługujących im praw i dostępnego wsparcia. Mają też wątpliwości czy postępowanie przyniesie im korzyści i postrzegają je jako biurokratyczne, kosztowne i/lub czasochłonne¹³⁹. Zgodnie z raportem Agencji Praw Podstawowych Unii Europejskiej należy z jednej strony szkolić organy ścigania, a z drugiej – ulepszać narzędzia, które mogłyby ułatwić zgłaszanie przestępstw. **Państwa powinny wspierać różne ścieżki zgłaszania, umożliwiać zgłaszanie cyberprzemocy przez osoby trzecie i anonimowo, ulepszać krajowe systemy rejestrowania i gromadzenia danych oraz inwestować w standaryzację zgłoszeń do odpowiednich instytucji.**

Warto też promować współpracę między oraz poza-instytucjonalną¹⁴⁰. Co istotne w Polsce funkcjonują już takie rozwiązania prywatne, jak np. program RESQL umożliwiający bezpieczne zgłaszanie incydentów przez aplikację mobilną, bazę wiedzy

139 https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2021-hate-crime-reporting_en.pdf

140 Ibidem.

dla szkół o reagowaniu w sytuacjach kryzysowych oraz przetestowane scenariusze lekcji wychowawczych.



Kontrola algorytmów rekomendujących treści, przebicie baniek informacyjnych, walka z fake newsami

POTRZEBA

W głosie młodzieży wyraźnie wybrzmiało poczucie małej sprawczości w obliczu ogromu Internetu oraz przytłoczenia brakiem kontroli nad zalewem informacji. Badanie przeprowadzone w 2017 roku wykazało, że **człowiek ma styczność z ok. 74 GB informacji na dzień, a liczba ta ma rosnąć co roku o 5%. To tyle co 500 lat temu przyswajano... podczas całego swojego życia**¹⁴¹. Starsze pokolenie może tego problemu po prostu nie rozumieć – nie było bowiem, tak jak młodsze, dorastające w czasach Internetu, smartfonów i systemów algorytmicznej rekomendacji treści, tak sukcesywnie

¹⁴¹ Heim S, Keil A. Too much information, too little time: How the brain separates important from unimportant things in our fast-paced media world. *Front Young Minds*; 5. Epub ahead of print 1 June 2017. DOI: 10.3389/frym.2017.00023.

narażane na coraz więcej informacji. Obecnie, w czasach globalizacji, dzieci często od razu wrzucane są do świata krzykliwych nagłówków, niepokojących zdjęć i uzależniających filmików. Młode osoby, będące w kluczowym okresie rozwoju poznawczego i emocjonalnego, mogą przez to rozwijać wypaczone postrzeganie rzeczywistości, co może prowadzić do ich izolacji¹⁴² a nawet rozwoju narcyzmu¹⁴³.

Z jednej strony bowiem popularne platformy mediów społecznościowych i serwisy streamingowe mają za zadanie maksymalizować zaangażowanie użytkowników poprzez selektywną prezentację treści, które są najbardziej zgodne z ich dotychczasowymi preferencjami i zachowaniami online. **Skutkuje to ograniczeniem ekspozycji na różnorodne perspektywy i utrzymywaniem użytkowników**

¹⁴² <https://edu.gcfglobal.org/en/digital-media-literacy/how-filter-bubbles-isolate-you/1/>

¹⁴³ <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14753634.2014.894225>

w ciągłej pętli podobnych informacji (powstają tzw. bańki informacyjne). Jest to szczególnie istotne biorąc pod uwagę fakt, że świat, który widzimy w Internecie, może być zupełnie inny od tego, który widzimy w rzeczywistości offline. Przedstawiane nam wzorce są często przerysowane lub wyidealizowane, by utrzymać naszą uwagę. Badanie na polskich nastolatkach pokazuje, że co czwarty z nich ogląda tzw. patostreamy, a blisko co szósty nie jest w stanie określić, czy oglądane przez niego treści mają cechy patostreamu, i czy są wulgarne lub nacechowane przemocą¹⁴⁴.

Z drugiej strony w Internecie funkcjonuje wiele fake newsów, a dzieci stają się ich świetnym celem. Według badania z 2021 r, wiek 14 lat to czas, w którym zaczynamy wierzyć w niesprawdzone teorie spiskowe¹⁴⁵. Natomiast badanie

¹⁴⁴ <https://www.nask.pl/pl/aktualnosci/5316,Co-robiamy-nasze-dzieci-w-sieci-czyli-Raport-z-najnowsze-badania-NASK-Nastolatki.html>

¹⁴⁵ <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bjdp.12368>

z 2016 r., przeprowadzone na próbie ok. 8000 uczniów amerykańskich szkół średnich, wykazało, że ponad 80% z nich wierzy, że reklama oznaczona jako treść sponsorowana jest faktycznym newsem. **Naukowcy odkryli również, że mniej niż 20% uczniów kwestionuje fałszywe informacje zamieszczane w mediach społecznościowych.**

W eksperymencie uczniowie np. nie kwestionowali zdjęć dziwnie wyglądających kwiatów – rzekomo w pobliżu miejsca awarii elektrowni jądrowej w Japonii – które miały dowodzić niebezpiecznego poziomu promieniowania na tym obszarze¹⁴⁶. Polskie badanie NASK pokazuje natomiast, że mniej niż połowa polskiej młodzieży interesuje się wiarygodnością profili czy osób na portalach społecznościowych¹⁴⁷.

Nic więc dziwnego, że młodzież

¹⁴⁶ <https://stacks.stanford.edu/file/druid:fv751yt5934/SHEG%20Evaluating%20Information%20Online.pdf>

¹⁴⁷ <https://www.nask.pl/pl/aktualnosci/5316,Co-robiamy-nasze-dzieci-w-sieci-czyli-Raport-z-najnowsze-go-badania-NASK-Nastolatki.html>

boi się otaczającego ich świata, skoro z jednej strony jej uwaga jest sterowana przez algorytmy rekomendacji treści pokazujące niejednokrotnie zakrzywioną rzeczywistość, a z drugiej ma problemy z weryfikowaniem przedstawianej im rzeczywistości.

PROBLEM

Jedną z głównych barier uniemożliwiających efektywne uregulowanie powyższej problematyki jest złożoność i transgraniczny charakter tego zjawiska. Problematyka ta bowiem przekracza możliwości regulacyjne jednego państwa, gdyż duża część platform cyfrowych działa na skalę globalną, a treści generowane i rozpowszechniane są przez użytkowników oraz algorytmy z różnych części świata. W związku z tym próby wprowadzenia skutecznych regulacji na poziomie krajowym mogą okazać się niewystarczające i nieefektywne, ponieważ nie obejmują one działalności firm i serwisów zewnętrznych, które również wpływają

na polską młodzież. Aby skutecznie zarządzać tymi zagrożeniami, konieczne jest podejście koordynowane na poziomie Unii Europejskiej. Co ważne, Unia takie działania podejmuje.

ROZWIĄZANIE

Kluczowe jest odpowiednie wdrażanie uchwalanych rozwiązań unijnych do polskiego porządku prawnego i położenie dużego nacisku na ich skuteczne egzekwowanie – szczególnie w kontekście ochrony praw i interesów dzieci. Z uwagi na ograniczone ramy tego raportu, wskazujemy tu szczególnie na dwa duże rozporządzenia unijne, które, odpowiednio zaadresowane także na poziomie krajowym, mogą w znaczącym stopniu przyczynić się do ograniczania ryzyk związanych z działaniem algorytmów polecających i rozpowszechnianiem fake newsów.

Pierwszym z nich jest **DSA**, który dość kompleksowo podchodzi do kwestii poprawy bezpieczeństwa w sieci.

Rozporządzenie to m.in.:

- **narzuca jaśniejsze i bardziej spójne zasady moderacji treści**, odpowiednio określając zasady odpowiedzialności za takie działania, regulując kwestie ilości moderatorów czy wprowadzając instytucję zaufanych podmiotów sygnalizujących;
- **nakazuje identyfikować ryzyka związane z korzystaniem z usługi** i podejmowanie proporcjonalnych środków mitygujących to ryzyko (np. wprowadzać narzędzia weryfikujące wiek);
- **zakazuje wykorzystywania zwodniczych interfejsów** (tzw. *dark patterns*);
- **wprowadza ograniczenia dla reklamy opartej na śledzeniu użytkownika** – np. eksploatawania ludzkich słabości związanych ze stanem zdrowia, kondycją psychiczną, uzależnieniami, życiowym doświadczeniem, w tym m.in. zakazuje wykorzystywania do niej danych dzieci;
- **zwiększa przejrzystość działania algorytmów rekomendacyjnych**,

odpowiedzialnych za dobór treści wyświetlanych użytkownikom – platformy internetowe będą m.in. zmuszone wyjaśnić logikę jego funkcjonowania; czy

- **wprowadza bardziej kompleksowe zasady ochrony konsumentów na platformach zakupowych** – np. zasady identyfikacji sprzedawców.

Drugim istotnym aktem prawnym, który ma za zadanie zwiększać bezpieczeństwo korzystania ze zdobyczych nowych technologii, jest **AI Act**. Rozporządzenie to zostało przyjęte w marcu 2024, a jego przepisy będą sukcesywnie wchodzić w życie przez najbliższe 3 lata. **Nakłada ono określone obowiązki prawne na systemy sztucznej inteligencji w zależności od poziomu ryzyka, do jakiego są one klasyfikowane.** Przykładowo zabronione zostaną systemy AI niedopuszczalnego ryzyka – czyli np. systemy, które manipulują ludźmi (takie jak zabawki aktywowane głosem, które zachęcają dzieci do niebezpiecznych zachowań) czy oceniają ludzi na podstawie

ich zachowań (*social scoring*). Natomiast systemy wysokiego ryzyka (np. systemy używane w edukacji) będą musiały zostać poddane weryfikacji przed wprowadzeniem na rynek i spełniać określone wymogi np. dotyczące przejrzystości – m.in. ujawniać, że treść została wygenerowana przez sztuczną inteligencję czy być zaprojektowane tak, by nie generować nielegalnych treści. AI Act reguluje też np. zasady tworzenia i nadzorowania systemów AI ogólnego zastosowania (jak ChatGPT) czy specjalne zasady dotyczące systemów AI będących chatbotami czy generujących deepfake'i.

Należy podkreślić, że wskazane regulacje mają służyć przede wszystkim ogólnemu bezpieczeństwu Internetu czy nowych technologii. Oczywiście wprowadzone dzięki nim rozwiązania wpływają też na sytuację dzieci i młodzieży w sieci, natomiast nie są one *stricte* ukierunkowane na ochronę najmłodszych. Nie można jednak zapominać, że tak jak DSA czy AI Act wyznaczają ogólne ramy, które obowiązują

w każdym państwie UE, tak część ich postanowień wymaga wdrożenia do krajowego systemu prawnego, na przykład w zakresie wyznaczenia lub stworzenia krajowych organów odpowiadających za wydanie pozwoleń wynikających z aktów, monitorowania przestrzegania prawa na polskim rynku, nakładania kar, koordynowania prac czy prowadzenia działań edukacyjnych. **Polska powinna zatem kłaść duży nacisk, by wyznaczone organy** (np. Prezes Urzędu Komunikacji Elektronicznej czy Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów) **co najmniej blisko współpracowały z Rzecznikiem Praw Dziecka czy innymi instytucjami chroniącymi praw dzieci, w zakresie w jakim regulacje unijne dotyczą (pośrednio) dzieci i młodzież.** W ten sposób z jednej strony możliwe będzie tworzenie dedykowanych wytycznych dla biznesu czy kampanii edukacyjnych dla społeczeństwa, a z drugiej – efektywniejsze egzekwowanie przepisów, gdy grupą poszkodowaną są małoletni.

Dodatkowo nie można zapomnieć o konieczności uczenia młodzieży umiejętności rozpoznawania fake newsów. Dobrym przykładem jest tu Finlandia, która już w 2014 r. włączyła do programu szkolnego przedmiot umiejętność korzystania z mediów. Uczniowie podczas prac nad określonymi tematami są zobowiązani do przerywania pracy i weryfikowania informacji. Efekty tej edukacji widać już dzisiaj. Finlandia już 6 raz z rzędu zajęła 1. miejsce spośród 41 krajów europejskich pod względem odporności na dezinformację w badaniu The European Media Literacy Index prowadzonym przez Open Society Institute – Sofia. Polska zajmuje w nim obecnie 22. miejsce¹⁴⁸.

¹⁴⁸ <https://osis.bg/wp-content/uploads/2023/06/MLI-report-in-English-22.06.pdf>

Zapobieganie rozpowszechnianiu materiałów przedstawiających niegodziwe traktowanie dzieci w celach seksualnych w Internecie

POTRZEBA

Wykorzystywanie Internetu do rozpowszechniania materiałów przedstawiających niegodziwe traktowanie dzieci w celach seksualnych jest coraz poważniejszym zagrożeniem.

Sprawcy coraz częściej wykorzystują Internet do nawiązywania kontaktów, rozpowszechniania obraźliwych treści i nagabywania ofiar. Wykorzystując kamery internetowe, smartfony i platformy cyfrowe, manipuluje się dziećmi, by te udostępniały niewłaściwe materiały często zupełnie obcym osobom. Skala tego problemu jest ogromna. **W samym 2021 r. firmy prowadzące działalność internetową zgłosiły 85 milionów zdjęć i filmów przedstawiających niegodziwe traktowanie dzieci w celach**

seksualnych¹⁴⁹. Dodatkowo ten rodzaj nadużyć wykracza poza granice geograficzne – działalność przestępcza udokumentowana w jednym kraju może być dostępna na całym świecie, co skutkuje aktualnością problemu również w Polsce.

Badania NASK pokazują, że jedynie około połowa nastolatków deklaruje, że nie otrzymała za pośrednictwem Internetu czyjegoś nagiego lub półnagiego zdjęcia. Natomiast prawie 2 na dziesięciu nastolatków spotyka się z osobami dorosłymi poznanymi w Internecie, a co czwarty z nich nikogo o tym nie informuje¹⁵⁰.

Z jednej strony musimy więc chronić dzieci przed dorosłymi, którzy chcą je zmanipulować i w Internecie, a z drugiej – jak najszybciej usuwać omawiane treści. Często nadużycia są ujawniane dopiero po wykryciu

¹⁴⁹ https://home-affairs.ec.europa.eu/whats-new/communication-campaigns/euvschildsexual-abuse-campaign-prevent-and-combat-child-sexual-abuse_en

¹⁵⁰ <https://www.nask.pl/pl/aktualnosci/5316,Co-robja-nasze-dzieci-w-sieci-czyli-Raport-z-najnowsze-badania-NASK-Nastolatki.html>

ich w Internecie, więc dostawcy usług online odgrywają kluczową rolę w zgłaszaniu tych nadużyć. Co ciekawe, 95% wszystkich zgłoszeń jest obecnie przesyłanych tylko przez jednego dostawcę, tj. Meta¹⁵¹.

PROBLEM

Niezwykle ważne jest, aby **przepisy wymagały od wszystkich firm technologicznych w Europie proaktywnego wykrywania i zgłaszania organom ścigania przypadków niegodziwego traktowania dzieci w celach seksualnych w Internecie**. Obecnie możliwość wykrywania treści zawierających takie nie stosowne materiały (tzw. „CSAM”) reguluje tymczasowe rozporządzenie (UE) 2021/1232. Umożliwia ono dostawcom internetowym dobrowolne wykrywanie takich treści, usuwanie ich i zgłaszanie przypadków i udostępnienia do organów ścigania. Rozporządzenie to obowiązuje do 3 sierpnia 2024,

¹⁵¹ https://home-affairs.ec.europa.eu/whats-new/communication-campaigns/euvschildsexual-abuse-campaign-prevent-and-combat-child-sexual-abuse_en

ostatnio jednak uzyskano konsensus, by przedłużyć jego obowiązywanie do 3 kwietnia 2026 r.¹⁵².

Konsensus ten można ocenić na dwa sposoby: pozytywnie i negatywnie. Nie ulega wątpliwości, że potrzebne jest bardziej kompleksowe rozwiązanie, które ureguluje kwestie prewencji i zwalczania CSAM i nałoży konkretne obowiązki na wszystkie podmioty. Prace nad takim kompleksowym rozwiązaniem trwają, jednak obecnie tkwią w martwym punkcie. Unii jest ciężko bowiem wypracować mechanizm, który zapewni odpowiednią realizację prawa do prywatności (wykrywanie CSAM np. w komunikatorach narusza bowiem tajemnicę korespondencji), a jednocześnie zapewni ochronę praw dzieci, zmuszając większą liczbę firm do wykrywania i usuwania niewłaściwych materiałów. Patrząc od pozytywnej strony, dobrze, że istnieje więc choćby tymczasowy środek prawny.

¹⁵² <https://www.europarl.europa.eu/news/en/press-room/20240212IPR17636/child-sexual-abuse-online-agreement-on-extending-current-rules-until-april-2026>

Niestety, obecne propozycje rozporządzenia, które ma kompleksowo regulować tę tematykę, są bardzo konserwatywne. **Odbierają one przedsiębiorstwom możliwość dobrowolnego wykrywania CSAM, a nawet nie przewidują trybu, w którym mogłyby się one zwrócić z prośbą do właściwych organów o wyrażenie zgody na takie skanowanie treści.** Warto tu zaznaczyć, że technologie, które obecnie umożliwiają wykrywanie materiałów, które zostały już rozpoznane jako CSAM, działają z dokładnością na poziomie ponad 99%. Samo wykrywanie odbywa się bez dostępu do samych treści – wystarczy porównanie ich haszy (tj. unikalnych ciągów znaków stanowiących skróty danego materiału). Z kolei skuteczność wykrywania nieznanymi wcześniej CSAM to obecnie około 90%¹⁵³. Jak wskazuje część prawników, na pewno możemy w tym zakresie działać bardziej liberalnie i dopuścić jakąś

153 <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52023DC0797>

formę dobrowolnego wykrywania¹⁵⁴, nawet gdyby była ona oparta jedynie o zastosowanie tych najskuteczniejszych metod.

W pozostałym zakresie proponowane rozporządzenie będzie bardzo korzystne. Ustanowi odpowiednie organy (w tym krajowe), które będą profesjonalnie zajmowały się kwestią przeciwdziałania i edukacji w zakresie przeciwdziałania rozpowszechnianiu CSAM, pomagać ofiarom takich przestępstw czy współpracować z podobnymi instytucjami np. w USA, Kanadzie czy Australii. Dodatkowo wprowadzi potrzebne jednolite zasady, na podstawie których firmy będą musiały oceniać ryzyko wykorzystywania ich serwisów do celów rozpowszechniania CSAM. Na podstawie tej oceny przedsiębiorstwa, których ryzyko ocenione byłoby jako wystarczająco wysokie, mogłyby zostać zobowiązane do zautomatyzowanego wykrywania i usuwania takich materiałów.

154 <https://www.timelex.eu/en/blog/future-voluntary-csam-detection-eu-primer>

ROZWIĄZANIE

Choć rozporządzenie jest wdrażaniem na poziomie unijnym, nie można zapominać, że Polska również może aktywnie uczestniczyć w dyskusjach na temat nowych projektów unijnych aktów prawnych i popierać słuszne inicjatywy. Szczególnie, że **do tej pory głosy polskich przedstawicieli były negatywnie nastawione do propozycji związanych z projektowanym rozporządzeniem.** Do tej pory podkreślano, że żadne z państw byłego bloku sowieckiego, które mają doświadczenie reżimów totalitarnych, nie dałyby prawa nikomu, do ogólnego filtrowania, wykrywania, czytania każdego rodzaju komunikacji, nawet jeśli jest to robione w całości maszynowo. Jedynym przypadkiem, w którym ktoś powinien być monitorowany, jest sytuacja, w której nakazuje to sąd¹⁵⁵.

Warto jednak, by bardziej zniuansować podejście do kwestii

155 <https://www.euractiv.com/section/law-enforcement/interview/poland-slams-child-sexual-abuse-material-regulation-as-unnecessary/>

detekcji CSAM. Z jednej strony Polska do tej pory słusznie wskazywała konieczność dbania o ogólne bezpieczeństwo komunikatorów – np. zakazując łamania szyfrowania end-to-end. Z drugiej, **dotychczasowe stanowisko nie uwzględniło realiów Internetu, praw dzieci i możliwości technicznych.** Niestety – i dotyczy to też innych kwestii związanych z ochroną dzieci w Internecie – nie można zapominać, że aktywna ochrona pewnej grupy użytkowników będzie nieuchronnie wiązała się z ograniczeniami prywatności innych. Pytanie pozostaje jednak, czy takie działanie jest proporcjonalne, może być obudowane odpowiednimi zabezpieczeniami i rzeczywiście przyczynić się do poprawy bezpieczeństwa w sieci.

Skuteczna weryfikacja wieku w Internecie

POTRZEBA

Nie ulega wątpliwości, że wyżej wymienione potrzeby – tj. walka z uzależnieniem, cyberprzemocą, CSAM, niepożądanymi efektami działania algorytmów polecających – są szczególnie ważne w kontekście zapewnienia bezpieczeństwa dzieci i młodzieży w Internecie. Niestety podejmowane działania nie będą efektywne, jeżeli nie będziemy wiedzieli, czy po drugiej stronie ekranu rzeczywiście mamy do czynienia z dzieckiem. Zarówno Europejska Rada Ochrony Danych oraz Europejski Inspektor Ochrony Danych zauważają, że **„obecnie nie istnieje żadne rozwiązanie technologiczne, które pozwalałoby z całą pewnością ocenić wiek użytkownika w kontekście internetowym bez sięgania po oficjalną tożsamość cyfrową, która na tym etapie nie jest dostępna dla każdego obywatela Unii”**¹⁵⁶.

¹⁵⁶ https://www.edpb.europa.eu/our-work-tools/our-documents/edpbedps-joint-opinion/edpb-edps-joint-opinion-042022-proposal_pl

Dodatkowo badanie NASK pokazuje, że ponad połowa rodziców (opiekunów) nastolatków w Polsce nie ustala zasad dotyczących korzystania z Internetu przez ich dzieci. 74% nastolatków zaprzecza, że rozwiązania takie jak filtr rodzicielski albo inne technologie ograniczające dostęp do szkodliwych treści są stosowane w ich rodzinnych domach¹⁵⁷.

PROBLEM

W konsekwencji mamy do czynienia z sytuacją, w której z jednej strony *de facto* nie mamy technicznych możliwości weryfikacji „z góry” wieku użytkowników, a z drugiej sami rodzice „oddolnie” nie stosują narzędzi, które ograniczają dostęp do niewłaściwych materiałów.

Do tej pory Unia Europejska uchwaliła w zakresie weryfikacji wieku jedynie ogólne obowiązki takie jak:

- obowiązek stosowania przez

¹⁵⁷ <https://www.nask.pl/pl/aktualnosci/5316,Co-robiamy-nasze-dzieci-w-sieci-czyli-Raport-z-najnowsze-badania-NASK-Nastolatki.html>

państwa Unii Europejskiej odpowiednich środków w celu ochrony małoletnich przed audiowizualnymi usługami medialnymi, które mogą zaszkodzić fizycznemu, psychicznemu lub moralnemu rozwojowi małoletnich (art. 6a dyrektywy o audiowizualnych usługach medialnych);

- obowiązek dla wielkich platform internetowych i wyszukiwarek prowadzenia oceny ryzyka korzystania z ich usług i jego mitygacji np. przez weryfikację wieku (art. 35 DSA);
- konieczność uzyskania zgody rodzica na przetwarzanie danych osobowych dzieci (art. 8 RODO).

Unia tworzy także EU Code of conduct on age-appropriate design (BIK+ Code), który będzie zestawem wytycznych, które mają pomagać wypełniać zobowiązania wynikające z ww. wymagań prawnych¹⁵⁸.

Bardziej celowanym rozwiązaniem

¹⁵⁸ <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/group-age-appropriate-design>

ma być natomiast **wprowadzenie europejskiej tożsamości cyfrowej**.

Tożsamość cyfrową będą mogli używać obywatele i mieszkańcy UE oraz firmy z siedzibą w UE na potrzeby weryfikacji tożsamości lub potwierdzenia niektórych informacji osobowych – takich jak m.in. wiek. Ma być ona dostępna za pośrednictwem cyfrowych portfeli w aplikacjach mobilnych na telefony komórkowe oraz na inne urządzenia (czyli rozwiązanie podobne np. do mObywatel). Rozporządzenie wprowadzające tożsamość cyfrową do prawa Unii (a konkretnie rozporządzenia e-IDAS) jest już na ostatniej prostej przed opublikowaniem w dzienniku ustaw UE. Od tego wydarzenia kraje UE będą miały 2 lata na zapewnienie swoim obywatelom cyfrowych portfeli¹⁵⁹.

Czy jest to więc rozwiązanie idealne? Niestety nie do końca. Jak wskazuje euCONSENT, **eIDAS zasadniczo nie oferuje tożsamości cyfrowej dzieciom**. W niektórych państwach

¹⁵⁹ <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/eudi-regulation>

członkowskich młodzież uzyskuje dane uwierzytelniające eIDAS, ale są to wyjątki¹⁶⁰. Oznacza to, że o ile będzie można zweryfikować wiek dorosłej osoby (i np. zapytać jej, czy potwierdza wiek dziecka), to:

- a. będzie ono musiało być stosowane tylko przez największe platformy internetowe i wyszukiwarki;
- b. każdorazowe pytanie o zgodę rodzica jest niepraktyczne w kontekście wielości serwisów internetowych;
- c. nie wyklucza próby „wykradnięcia” takiej tożsamości przez dziecko czy „użyczenia” jej przez rodzica. Na przykład w Chinach stwierdzono, że ponad 80% rodziców pożyczyło swoim dzieciom identyfikatory, aby obejść ograniczenia czasowe w grach¹⁶¹.

¹⁶⁰ <https://euconsent.eu/european-digital-identity-wallet-is-the-end-nigh-for-independent-age-verification/>

¹⁶¹ <https://www.scmp.com/tech/tech-trends/article/3188770/chinas-young-video-gamers-deterred-beijings-harsh-rules-loopholes>

W tym kontekście warto odnieść się do **komercyjnych rozwiązań weryfikacji wieku**. Rynek oferuje nawet rozwiązania analizujące aktywność użytkownika czy informacje jakie udostępnia on na swoim profilu i na tej podstawie oceniając brak pełnoletności użytkownika¹⁶². Rozwiązania takie budzą jednak wątpliwości w zakresie, w jakim zdaniem organów ochrony danych mogą one zbyt szeroko przetwarzać dane osobowe użytkowników.

ROZWIĄZANIE

Na poziomie lokalnym należy działać dwutorowo. Po pierwsze, **warto starać się efektywnie wdrożyć europejską tożsamość cyfrową – w tym możliwie również dla młodzieży, która jeszcze nie ukończyła 18. roku życia**. Po drugie, **należy wypracowywać krajowe standardy i dobre praktyki (a być**

¹⁶² [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2023/739350/EPRS_ATA\(2023\)739350_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2023/739350/EPRS_ATA(2023)739350_EN.pdf)

może nawet wymagania) w zakresie weryfikacji wieku. Robi tak m.in. CNIL, tj. francuski urząd ochrony danych osobowych, który we współpracy z uczonymi zademonstrował nawet rozwiązanie, które jego zdaniem adresuje wątpliwości w zakresie prywatności i przetwarzania danych osobowych. CNIL uważa, że pożądane jest korzystanie z niezależnych dostawców specjalizujących się w weryfikacji wieku w Internecie. W ten sposób, przy zastosowaniu odpowiednich protokołów kryptograficznych, możliwe będzie potwierdzanie wieku danej osoby bez ujawniania i przetwarzania nadmiernej ilości danych¹⁶³. By całościowo zaadresować problem powinno się bowiem wykorzystywać zarówno rozwiązania unijne, jak i korzystać z wiedzy i możliwości, jakie oferuje rynek komercyjny.

¹⁶³ <https://www.cnil.fr/en/online-age-verification-balancing-privacy-and-protection-minors>

Rola sektora prywatnego i organizacji pozarządowych

Zgodnie z koncepcją społecznej odpowiedzialności przedsiębiorstw (CSR, *Corporate Social Responsibility*) przedsiębiorstwa są odpowiedzialne za wpływ podejmowanych przez nie decyzji i działań na ich otoczenie: gospodarcze, społeczne, środowiskowe... Do tak szeroko zakrojonego otoczenia bez wątpienia należą dzieci i młodzież.

Kwestia odpowiedzialności przedsiębiorstw za wpływ na najmłodszych nabiera większego znaczenia w świetle nowych regulacji prawnych nakładających na sektor prywatny obowiązek sprawozdawczości w zakresie zrównoważonego rozwoju (ESG, Environmental, Social, Governance). Około 50 tysięcy przedsiębiorstw w całej Unii Europejskiej, z czego około 3,5 tysiąca

w Polsce, będzie ujawniać informacje dotyczące swojej działalności w trzech zakresach tematycznych (środowiskowym, społecznym oraz ładu korporacyjnego) na podstawie jednolitych unijnych standardów raportowania w zakresie zrównoważonego rozwoju (ESRS, *European Sustainability Reporting Standards*).

Chociaż ESRS nie odnoszą się bezpośrednio do kwestii dbałości o zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, to w szczególności w obszarze social możemy znaleźć punkty danych dotyczące tego aspektu pośrednio. Należą do nich na przykład kwestie dotyczące użytkowania przez dzieci i młodzież produktów lub usług (konsument wymagający szczególnej ochrony), odbierania

komunikatów udostępnianych w przestrzeni publicznej (dziecko jako wrażliwy odbiorca treści), związane z zatrudnieniem przede wszystkim rodziców dziecka (z uwagi na wpływ rodziny na kształtowanie się dziecka) czy pracy małoletnich (w szczególności wykorzystywanie dzieci do pracy, w tym w ramach łańcucha dostaw).

Przedsiębiorstwa z jednej strony same z siebie chcą więc aktywnie działać na rzecz ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, a z drugiej – obowiązki sprawozdawcze wymuszają na nich transparentność w tym zakresie, choćby pośrednio. W tej części raportu zostaną wskazane wybrane aspekty dotyczące dobrostanu psychicznego najmłodszych, na które może mieć pozytywny wpływ zaangażowanie w system ich ochrony przedsiębiorstw oraz trzeciego sektora.

Ochrona pracowników w związku z rodzicielstwem

POTRZEBA

Rodzina to podstawowa komórka społeczna oraz pierwsza instytucja wychowania naturalnego, która jest niezwykle istotna w procesie rozwoju młodego człowieka –

zarówno w pierwszych latach życia, kiedy dziecko pozostaje pod niemal wyłączną opieką rodziców, jak i później, gdy jest w wieku szkolnym i dorasta. Środowisko rodzinne oddziałuje na rozwój psychiczny dziecka przez utrzymywanie z nim kontaktów polegających m.in. na tym, że: rodzice są pierwszymi partnerami interakcji społecznych; kontakty dziecka z rodziną zaspokajają jego podstawowe potrzeby psychiczne – doznawanie i odwzajemnianie miłości, uznanie społeczne, poczucie bezpieczeństwa; dziecko w wyniku oddziaływań wychowawczych kształtuje swoje zachowanie; rodzice stanowią najbliższy wzorzec osobowy dla dziecka, asymilowany w procesie naśladownictwa i identyfikacji, dzięki któremu dziecko przyswaja formy

społecznego zachowania¹⁶⁴.

Nie ulega więc wątpliwości, że **rodzina, która pojawia się w ekosystemie dziecka jeszcze przed jego narodzinami, stanowi czynnik wpływający na jego zdrowie, w tym psychiczne. Istotne jest, aby był to czynnik ochronny, a nie czynnik ryzyka**, a więc aby w środowisku domowym dzieci i młodzież otrzymywały niezbędne im wsparcie. Żeby je zapewnić, rodzice muszą mieć czas dla dzieci oraz świadomość czyhających na nie zagrożeń. W tym zakresie jako podstawową potrzebę należy wskazać odpowiedni work-life balance, który umożliwi dzieciom i rodzicom zbudowanie odpowiedniej więzi, a samym rodzicom dodatkowo uważnie patrzeć na poprawność rozwoju psychofizycznego ich pociech.

W zakresie ujawnień na podstawie

¹⁶⁴ J. Skibska, *Środowisko rodzinne jako czynnik warunkujący rozwój dziecka* [w:] K. Feruga, A. Ostrowska-Knapik, R. Wojtoń, red.: *Przekraczanie granic*. t. II. Praha: Verbum 2012, s. 109-117.

unijnych standardów raportowania zrównoważonego rozwoju ochrona pracowników w związku z rodzicielstwem, kluczowa dla ekosystemu, w jakim dziecko dorasta od najmłodszych lat, ma w ESRS dwa wymiary: pierwszy, związany z wsparciem dochodów w przypadku pojawienia się dziecka, a drugi – z dostępem do urlopów (macierzyńskiego, ojcowskiego, rodzicielskiego, opiekuńczego...). Każdy podmiot podlegający obowiązkowi ujawnieniowym powinien wskazać, czy wszyscy pracownicy są objęci ochroną socjalną (w ramach programów publicznych lub świadczeń oferowanych przez ten podmiot) przed utratą dochodów z powodu poważnych zdarzeń życiowych, m.in. urlopów związanych z rodzicielstwem¹⁶⁵. Komplementarnie ujawnieniom podlegają także informacje na temat odsetka pracowników uprawnionych do urlopów ze względów rodzinnych oraz odsetka tych uprawnionych, którzy z niego korzystają, w tym według

¹⁶⁵ ESRS S1-11 – ochrona socjalna.

podziału na płeć. Urlopy te obejmują zarówno kwestie związane z samym pojawieniem się dziecka w rodzinie (urodzenie lub adopcja – urlop macierzyński, ojcowski, rodzicielski), jak i jego późniejszym szeroko rozumianym dobrostanem (urlop opiekuńczy – w celu zapewnienia osobistej opieki lub wsparcia z poważnych przyczyn medycznych).

PROBLEM

Polacy poświęcają na pracę zawodową średnio około 43,3 godz. tygodniowo¹⁶⁶. Z badań wynika, że niemal 75% zatrudnionych wykonuje pracę w godzinach nadliczbowych, zabiera pracę do domu czy wykonuje obowiązki zawodowe w weekendy. **Wydłużony czas pracy często ma negatywny wpływ na samopoczucie i zdrowie pracowników** – aż 62% respondentów pracujących w nadgodzinach, skarży się na dolegliwości związane

¹⁶⁶ Bilans Kapitału Ludzkiego, *Raport z badania ludności w wieku 18-69 lat*, Warszawa 2022.

z wykonywaną pracą, zmęczeniem i przepracowaniem. Najczęściej wskazywanymi przypadłościami są podenerwowanie i irytacja (65%), brak sił i apatia (46%), problemy z koncentracją oraz kłopoty ze snem (45%)¹⁶⁷.

Problemy związane z życiem zawodowym naturalnie przekładają się na życie prywatne, w tym rodzinne. Brak równowagi między tymi dwoma elementami może prowadzić do sytuacji, w której rodzic jest nieobecny lub prawie nieobecny w życiu dziecka (np. pracoholizm, regularna praca w godzinach nadliczbowych, obawa przed utratą pracy) albo przenosi na nie problemy, które mają swoje źródło w życiu zawodowym (np. daje negatywne ujęcie stresowym sytuacjom w domu). Działa to też w drugą stronę: trudne przeżycia prywatne odbijają się na wynikach pracownika w pracy.

¹⁶⁷ <https://kulturabezpieczenstwa.pl/work-life-balance-74-polakow-pracuje-w-nadgodzinach/KulturaBezpieczenstwa/>

Problem ten coraz częściej dostrzegają sami pracodawcy, dla których zły stan zdrowotny pracowników oznacza negatywny wpływ na ich efektywność. **Nie jest jednak jasne, czy wśród sektora prywatnego panuje wystarczająca świadomość na temat tego, jak przez zatrudnianie rodziców przedsiębiorstwa oddziałują na ich dzieci i ich zdrowie psychiczne. Jest to o tyle istotne, że w gronie osób aktywnych zawodowo pracujący w sektorze prywatnym stanowią większość (68,9%¹⁶⁸), co oznacza, że dla znacznej części osób zakładających rodziny to przedsiębiorstwa stanowią jedno z podstawowych miejsc spędzania czasu, a tym samym mają wpływ na kształtowanie ich postaw.**

ROZWIĄZANIE

Well-being pracowników i ich rodzin, zapewnienie work-life balance, edukacja w temacie

¹⁶⁸ GUS, *Zatrudnienie i wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2022 r.*, Warszawa 2023.

rozwoju psychicznego dziecka czy zapewnienie poczucia bezpieczeństwa zawodowego to tylko niektóre kwestie, które mogą wpłynąć pozytywnie na postawy pierwszego punktu kontaktowego dla dziecka, którym jest jego rodzina jako podstawowa komórka społeczna. Państwo oraz regulacje prawne nie są w stanie same wystarczająco dotrzeć do środowiska domowego ani w znaczący sposób przyczynić się do popularyzacji znaczenia zdrowia psychicznego oraz jego poprawy nawet w skali mikro.

Z uwagi na wpływ, jakie mają przedsiębiorstwa na pracowników, a te – na dobrostan psychiczny dzieci i młodzieży, należy poświęcić szczególną uwagę zachęcaniu przedsiębiorstw do aktywności w tym obszarze.

Rozwiązania mogą obejmować:

- **powołanie departamentu lub podmiotu, który będzie odpowiedzialny za zoperacjonalizowanie aktywności sektora prywatnego,**

na przykład opracowanie systemu zachęt, edukację oraz integrację działań;

- **prowadzenie działań mających na celu zachęcenie sektora prywatnego do inicjowania działań na rzecz ochrony najmłodszych** – im więcej również przedsiębiorstwa będą się angażować, tym częściej temat ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży będzie wybrzmiewał na forum; takie działania zachęcające należy także podeprzeć odpowiednią kampanią uświadamiającą, że aktywność przedsiębiorstw ma realne przełożenie na dobrostan pracowników i ich rodzin, i jako taka jest ona pożądana także przez sektor publiczny;
- **uruchomienie platformy do wymiany dobrych praktyk** sektora prywatnego w tym obszarze, na przykład w postaci dedykowanej strony internetowej, oraz prowadzenie aktywnej publikacji inicjatyw na tej platformie – zgromadzenie przykładów działań mogłoby stanowić bazę inspiracji dla

wszystkich przedsiębiorstw, a dodatkowo stanowiąc dla nich zachętę samą w sobie w postaci możliwości zaprezentowania się na publicznych portalach informacyjnych; W tym raporcie przykłady dobrych praktyk patronów i partnerów raportu, które mogą stanowić inspirację dla przedsiębiorstw, umieściliśmy w części raportu dotyczącej dobrych praktyk.

- **wprowadzenie namacalnych zachęt dla przedsiębiorstw**, do których mogłyby należeć na przykład ulgi podatkowe dla pracodawców za wspieranie ich rodzin, przyznawane przez Ministerstwo Zdrowia czy Ministerstwo Pracy, Rodziny i Polityki Społecznej tytułów dla przedsiębiorstw takich jak „przyjazny pracodawca”, dofinansowanie do inicjatyw podmiotów prywatnych czy możliwość udziału przez przedsiębiorstwa w celowanych programach finansowanych ze środków publicznych.

GŁOS EKSPERTÓW

Forum Odpowiedzialnego Biznesu

Pracodawcy mogą realnie wpływać na tworzenie przyjaznego środowiska życia dzieci i młodzieży, prowadząc prorodziną politykę w miejscu pracy. Z danych Forum Odpowiedzialnego Biznesu¹⁶⁹ wynika, że 52% dorosłych Polek i Polaków łączy pracę z opieką: 26% – opiekuje się dziećmi do 7. roku życia, 23% – opiekuje się dziećmi w wieku 8–14 lat, 8% – opiekuje się osobą starszą, a 4% – kimś bliskim z niepełnosprawnością lub przewlekle chorym. W 2020 r. utracone korzyści gospodarcze wynikające z bierności zawodowej będącej skutkiem opieki domowej wyniosły 252 mld zł. Z tej perspektywy **bardzo istotne jest prowadzenie w miejscu pracy rodziców działań, które uwzględniają interes dziecka** – takich, które pomogą rodzicom w efektywnym godzeniu ról zawodowych i rodzinnych poprzez prowadzenie programów edukacyjnych odnoszących się do społecznych i rodzicielskich umiejętności, wprowadzenie elastycznego czasu i form pracy, proponowanie programów skierowanych do dzieci pracowników, wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa pracy, budowanie przyjaznej i otwartej kultury organizacyjnej, promocję praw dziecka oraz stabilne i godne wynagradzanie.

¹⁶⁹ Forum Odpowiedzialnego Biznesu, *Opieka rodzinna i praca*, Warszawa 2022.

Praca dzieci, współpraca z dziećmi

POTRZEBA

Praca dzieci, która pozbawia je dzieciństwa, potencjału i godności oraz szkodzi ich rozwojowi fizycznemu i umysłowemu, wymaga większej uwagi ze strony państwa. Regulacje dotyczące sprawozdawczości ESG dotyczą właśnie tak negatywnie rozumianej pracy, która jest psychicznie, fizycznie, społecznie lub moralnie niebezpieczna i szkodliwa dla dzieci, kolidująca z nauką szkolną, pozbawiająca dzieci możliwości uczęszczania do szkoły, zmuszająca je do przedwczesnego opuszczenia szkoły lub wymagająca od nich próby połączenia uczęszczania do szkoły z aktywnościami zawodowymi¹⁷⁰. Nie powinna więc mieć miejsca.

W Polsce praca dzieci nie stanowi tak podstawowego problemu tak jak choćby w Afryce czy Azji, nie ma też zwykle charakteru niewolniczej

¹⁷⁰ Właśnie w taki negatywny sposób pracę dzieci definiują standardy ESRS.

służby. Istnieją jednak regulacje prawne, które dotyczą tej kwestii. Zgodnie z Kodeksem pracy możliwe jest zatrudnianie młodocianych, tj. osób między 15 a 18 rokiem życia, oraz, pod pewnymi wyjątkami, także osób, które nie ukończyły jeszcze 15 lat. Młodociani zatrudniani są zwykle w celu przygotowania zawodowego lub do wykonywania lekkich prac. Podlegają też szczególnej ochronie – przykładowo nie mogą wykonywać określonych prac, pracy w godzinach nadliczbowych ani w porze nocnej. Praca nie może kolidować z obowiązkiem edukacyjnym. Dodatkowo wykonywanie pracy lub innych zajęć zarobkowych przez dziecko do ukończenia przez nie 16-ego roku życia jest dozwolone wyłącznie na rzecz podmiotu prowadzącego działalność kulturalną, artystyczną, sportową lub reklamową i wymaga uprzedniej zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna tego dziecka, a także zezwolenia właściwego inspektora pracy.

Naukowcy alarmują, że duży wzrost odsetka przypadków zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci

i nastolatków wynika w dużej mierze z obserwowanego spadku możliwości swobodnej zabawy, samodzielnego poznawania okolicy i angażowania się w działania bez bezpośredniego nadzoru ze strony dorosłych. Ciągła praca może być więc przyczyną pogarszania się zdrowia psychicznego dzieci¹⁷¹. Z badań wynika, że na przykład wśród osób pochodzących z rodzin rolniczych angażowanie dzieci do prac rolnych w niewielkim wymiarze czasu i dostosowanie powierzanych prac do ich możliwości przyniosło wiele korzyści dla zdrowia przy niewielkim zagrożeniu zdrowotnym. Natomiast angażowanie dzieci od najmłodszych lat ich życia i przeciążenie pracą negatywnie wpłynęło na zdrowie, zwłaszcza w dalszych latach życia¹⁷².

Wobec tego, również pod kątem

¹⁷¹ <https://naukawpolsce.pl/aktualnosci/news%2C96260%2Cciagla-praca-i-brak-samodzielnego-zabawy-przyczyna-pogarszajacego-sie-zdrowia>.

¹⁷² S. Lachowski, M. Florek-Łuszczki, *Wpływ pracy w dzieciństwie na zdrowie w opinii osób pochodzących z rodzin rolniczych*, *Medycyna Pracy* 2013; 64(3), s. 373-385.

dobrostanu psychicznego dzieci, możliwość podejmowania przez nie zatrudnienia jest słusznie obiektem zainteresowania polskiego ustawodawcy.

PROBLEM

Problem pracy dzieci w Polsce nie jest oczywisty. Ma on dwa wymiary: **odpowiedzialności za łańcuch wartości oraz form, w jakiej praca dzieci występuje.**

Pierwszy z tych wymiarów raczej nie dotyczy dzieci i młodzieży w Polsce – **odnosi się bardziej do szeroko rozumianej odpowiedzialności biznesu za działalność wszystkich partnerów biznesowych danego podmiotu.** Chodzi o przypadki, w których małoletni są wykorzystywani do pracy przez dostawców przedsiębiorstwa (np. w fabryce produkującej towary w państwie azjatyckim, z której polska spółka je kupuje, a następnie sprzedaje konsumentom na polskim rynku). Należy jednak wskazać, że regulacje prawne z zakresu ESG traktują ten temat

bardzo poważnie. Z jednej strony zobowiązują one przedsiębiorstwa do ujawniania informacji na temat ryzyka wystąpienia pracy dzieci w działalności własnej oraz partnerów biznesowych (np. przez wskazanie, czy przedsiębiorstwo posiada odpowiednie procedury, z których wybrzmiewa zakaz wykorzystywania dzieci do pracy; czy działa na obszarach, które uważane są za zagrożone takim wykorzystywaniem; czy rodzaj działalności, jakie wykonuje, może podwyższać to ryzyko). Z drugiej – wprowadzają obowiązki dotyczące należytej staranności w całym łańcuchu wartości, zgodnie z którymi największe przedsiębiorstwa mają zapobiegać, eliminować lub łagodzić swój negatywny wpływ m.in. w obszarze praw człowieka, tj. również pracy dzieci.

Drugi wymiar wynika z faktu, że w Polsce praca dzieci przybiera bardziej wysublimowane formy niż na świecie. O ile poza granicami kojarzy nam się ona ze skrajnym ubóstwem, niemalże niewolnictwem i pracą w fabrykach od świtu do zmierzchu, o tyle **w Polsce najczęściej**

spotykamy się z zatrudnianiem młodocianych do prac sezonowych, w gastronomii czy hotelarstwie.

Dużą część aktywności zawodowej młodocianych stanowi także ich **działalność w mediach czy telewizji**: mowa tu na przykład o aktorach dziecięcych występujących w filmach, serialach czy reklamach. Chociaż część tych aktywności należy ocenić pozytywnie (np. młodzież pomagająca w zbiorach truskawek, która w ten sposób zarabia na swoje własne potrzeby i uczy się samodzielności), część z nich wiąże się zagrożeniami dla zdrowia psychicznego. **Szybkie wkroczenie dzieci na ścieżkę kariery powoduje nie raz, że wpadają one w wysokie tempo pracy od rana do wieczora, zaczynają wcześniej spożywać alkohol czy narkotyki, mają problemy z samooceną, zaburzenia odżywiania, stresują się przechodzeniem okresu dojrzewania na oczach setek obserwujących ich widzów**¹⁷³.

¹⁷³ <https://film.interia.pl/wiadomosci/news-szybka-kariera-i-wielkie-problemy-wplyw-slavy-na-zdrowie-dzi,nld,6623660>.

XXI wiek przynosi nam także nową kategorię młodocianych „pracowników”, jaką są influencerzy, którzy nie ukończyli jeszcze 18-ego roku życia. Takie osoby często zawierają z różnymi przedsiębiorstwami umowy na reklamę określonych produktów czy usług, a nawet zostają stałymi ambasadorami marek czy tworzą we współpracy różne produkty (np. ubrania, kosmetyki). Problemem pozostaje określenie ich statusu: czy są to młodzi przedsiębiorcy, zleceniobiorcy czy pracownicy. Co ciekawe, w kontekście młodych sław coraz częściej wybrzmiewają w przestrzeni publicznej także problemy związane z ograniczoną zdolnością do czynności prawnej osób między 13 a 18 rokiem życia, w przypadku których to przedstawiciele ustawowi muszą wyrazić zgodę na założenie działalności czy zawierają w ich imieniu umowy. Dotyczą one przede wszystkim kontroli rodzicielskiej dobrze zarabiających dzieci oraz zgromadzonego przez nie majątku¹⁷⁴.

¹⁷⁴ <https://ludzie.fakt.pl/ojciec-roxie-wegiel-przejal-kontrolę-nad-jej-majątkiem-co-napisał-sad/mvw0lpk>.

Jako problem jawi się także **brak precyzji legislacyjnej w zakresie wymagań formalnych wniosku o możliwość podjęcia zatrudnienia przez dziecko**. Zgodnie z Kodeksem pracy podmiot prowadzący działalność kulturalną, artystyczną, sportową lub reklamową powinien do wniosku o wydanie zezwolenia do właściwego inspektora pracy dołączyć także, poza zgodą przedstawiciela ustawowego lub opiekuna dziecka, opinię poradni psychologiczno-pedagogicznej oraz orzeczenie lekarza dotyczące braku przeciwwskazań do wykonywania przez dziecko pracy lub innych zajęć zarobkowych. Przepisy nie precyzują jednak, jakie elementy powinna zawierać taka opinia, ani czy badanie powinno zostać powtórzone po jakimś czasie.

ROZWIĄZANIE

Chcąc odpowiedzieć na niecodzienne wyzwania związane z zatrudnianiem młodocianych w Polsce, jako pożądane działania należy wskazać:

- **nałożenie na przedsiębiorstwa obowiązku identyfikowania miejsc, w których występuje praca dzieci** w ramach działalności własnej oraz działalności łańcucha wartości, wraz z komplementarnym zobowiązaniem do określania, czy ta praca stanowi ryzyko większe niż niskie dla dobrostanu zatrudnionych, a jeśli tak – jakie są wrażliwe środki w celu mitygowania tego ryzyka;
- **utworzenie standardu zatrudniania młodocianych lub współpracy z młodocianymi w branżach szczególnie wrażliwych dla zdrowia psychicznego młodych ludzi, które wiążą się z ekspozycją na opinie szerokiej publiczności** (np. mowę nienawiści w Internecie) – na przykład reklamowej, filmowej, muzycznej, współpracy z młodymi influencerami; obowiązkiem, który mógłby wprowadzić standard, jest przykładowo konieczna obecność i opieka psychologa na planie filmowym;
- **doprecyzowanie art. 304⁵ § 4 Kodeksu pracy** przez wskazanie: jakie elementy powinny zawierać opinie poradni psychologiczno-pedagogicznej oraz orzeczenie lekarza dotyczące braku przeciwwskazań do wykonywania przez dziecko pracy lub innych zajęć zarobkowych; z jaką częstotliwością taka opinia czy orzeczenie powinny być wydawane; na jakie kwestie specjaliści powinni zwracać uwagę, przeprowadzając wywiad z dzieckiem (np. możliwy negatywny odbiór dziecka przez społeczeństwo, umiejętność zrozumienia przez dziecko decyzji wkroczenia w przestrzeń publiczną, świadomość trudności, z jakimi wiąże się danego rodzaju praca); do jakiego lekarza należy udać się po orzeczenie (pediatry, medycyny pracy, psychiatry?).

Dziecko jako konsument

POTRZEBA

Nie można zapominać, że do szerokiego grona konsumentów należą także dzieci. Jest to istotne przede wszystkim w tych obszarach, w których to do najmłodszych kierowane są przekazy reklamowe albo są oni bezpośrednimi użytkownikami produktów (np. żywność, zabawki).

Dostrzega to także prawodawca unijny. W zakresie raportowania ESG standard ESRS S4 odnosi się m.in. do ujawniania informacji na temat wpływu organizacji na konsumentów i użytkowników końcowych swoich produktów lub usług – w tym dzieci. Co ważne, wpływ ten może być zarówno pozytywny jak i negatywny. Jeśli jest negatywny (np. produkt jest uzależniający dla dziecka), jednostka powinna wskazać, jakie podejmuje działania w celu zapobiegania tym negatywnym oddziaływaniom lub łagodzenia ich skutków. Jeśli natomiast wpływ organizacji jest pozytywny, tj. przyczynia się ona do

zaspokojenia potrzeb najmłodszych konsumentów w jakimkolwiek zakresie (np. produkty lecznicze na choroby dziecięce czy aplikacja pozwalająca dzieciom budować zdrowe nawyki sportowe czy żywieniowe), fakt ten również podlega ujawnieniu. Wpływ ten może wynikać zarówno z samego produktu lub usługi jak i szerzej – na przykład komunikacji reklamowej, która ich dotyczy. Negatywne oddziaływanie może pojawić się więc na przykład w sytuacji, w której dany podmiot w niewłaściwy sposób prowadzi marketing skierowany do młodych konsumentów.

PROBLEM

Nie ulega wątpliwości, że **dziecko jest szczególnie wrażliwym konsumentem**. To do najmłodszych, jeszcze niedoświadczonych i niepotrafiących wykryć technik manipulacyjnych będą trafiać slogany reklamowe na temat zalet produktów, które niekoniecznie muszą one w rzeczywistości posiadać. To dzieci najczęściej „nabierają się” na hasła, że coś jest „darmowe”,

nie czytają zastrzeżeń napisanych drobnym druczkiem, podają swoje dane osobowe czy nie znajdują ukrytych w regulaminach opłat abonamentowych za rejestrację na stronach internetowych¹⁷⁵.

Prawodawca szczerze wypowiada się na temat ochrony dzieci jako konsumentów. I tak w ustawie o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji znajdziemy, że czynem nieuczciwej konkurencji w zakresie reklamy jest w szczególności reklama odwołująca się do uczuć klientów przez wykorzystywanie łatwowierności dzieci (art. 16 ust. 1 pkt 3 in fine); zabronione jest prowadzenie reklamy m.in. wyrobów tytoniowych w szkołach czy prasie dziecięcej (art. 8 ust. 1 pkt 1 ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów alkoholowych); reklama produktu leczniczego nie może być kierowana do dzieci ani zawierać żadnego elementu, który jest do

¹⁷⁵ <https://polskieradio24.pl/artukul/1051756,Dziecko-bezbronny-konsument-w-sieci>.

nich kierowany (art. 53 ust. 3 Prawa farmaceutycznego). **Brakuje jednak dedykowanego aktu prawnego lub choćby jednego, programowego przepisu, który mógłby stanowić podstawę do wywiedzenia zasady szczególnej ochrony dzieci i młodzieży jako konsumentów.**

Wydaje się, że ustawodawca uznaje, że ograniczenia nabywania przez niepełnoletnich określonych produktów (np. alkoholu, tytoniu, napojów energetycznych) oraz podejmowania prawnie wiążących decyzji do umów powszechnie zawieranych w drobnych, bieżących sprawach życia codziennego, są wystarczające.

Nie zmienia to jednak faktu, że mimo tych ograniczeń zdarza się, że w ręce młodych ludzi oddawane są produkty lub usługi, które w negatywny sposób wpływają na ich rozwój psychiczny, fizyczny i społeczny. Może to wynikać z samej konsumpcji lub użytkowania produktów, jak również ze sposobu ich pozycjonowania na rynku, dystrybucji i promocji (komunikacji marketingowej, reklamy). Producenci, dystrybutorzy i reklamodawcy

korzystają z szeregu zabiegów marketingowych, mających zapewnić sukces swoim działaniom. Powszechnie wykorzystują m.in. skłonność najmłodszych do kolekcjonowania różnych rzeczy (od naklejek dołączanych do paczek z chrupkami śniadaniowymi po kolejne produkty z serii zabawek, książeczek itd.) lub poszerzania posiadanego zbioru przedmiotów z ulubionym bohaterem lub motywem (np. seria gadżetów, ubrań, sprzętu, zeszytów, kolorowanek itd.)¹⁷⁶.

ROZWIĄZANIE

Rekomendowane jest **bezpośrednie ujęcie w ramach regulacyjnych** – w formie odrębnego aktu prawnego lub jednostki redakcyjnej w obowiązującym akcie prawnym, np. ustawie o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji – **szczególnych zasad dotyczących ochrony najmłodszych konsumentów, w tym zasad prowadzenia reklamy kierowanej**

¹⁷⁶ A. Giertler, *Dzieci i młodzież jako konsumenci – obszary odpowiedzialności marketingu na rynku produktów dla dzieci*, ZN WSH Zarządzenie 2016 (2), s. 385-395.

do dzieci i młodzieży. Zasady te powinny uwzględniać, poza jasnymi wskazówkami, jakie cechy może, a jakich nie powinien mieć komunikat, obowiązek przeprowadzenia przez reklamodawcę oceny oddziaływania (pozytywnego lub negatywnego) na odbiorcę komunikatu.

Uczestnictwo i partnerstwo

POTRZEBA

Wielość problemów systemowych, które napotyka strona publiczna w kwestii ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, uwypukla znaczenie wsparcia sektora prywatnego. **Nie chodzi tu oczywiście o wyręczenie państwa w wypełnieniu jego konstytucyjnego obowiązku zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, ale o dostrzeżenie istotnej funkcji uzupełniającej system, jaką może pełnić biznes.** Warto dostrzec, że rola przedsiębiorstw jako podmiotów będących aktywnymi uczestnikami życia społecznego, pracodawcami, nadawcami komunikatów do przestrzeni publicznej czy stroną akcji charytatywnych lub wolontariatu sprawia, że ich znaczenie rośnie – a wraz z nim niezbędność wsparcia z ich strony. Przedsiębiorstwa powinny wiedzieć, że ich wkład jest ważny i potrzebny, zwłaszcza dla lokalnej społeczności.

PROBLEM

Kluczowymi problemami, jakie wiążą się z możliwością wykorzystania potencjału roli przedsiębiorstw w przyczynianiu się do poprawy ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, są **brak świadomości wpływu, motywacji do działania oraz synergii działań.**

Gdy mówimy o wsparciu zdrowia psychicznego najmłodszych, reformie systemu czy konieczności wprowadzenia zmian w obowiązujących przepisach, na pierwszy plan wysuwa się rola państwa. To od strony publicznej zależy przykładowo organizacja systemu opieki psychiatrycznej czy edukacji publicznej w tym zakresie, znalezienie i przeznaczenie nakładów na ochronę zdrowia dzieci i młodzieży czy wdrożenie planu na zwiększenie liczby specjalistów. W debacie toczącej się na forum publicznym rola sektora prywatnego jest natomiast często pomijana lub marginalizowana.

Należy pamiętać, że o ile państwo działa w ramach obowiązku konstytucyjnego, to przedsiębiorstwa bazują jedynie na swoich chęciach. Mają dobrowolność podejmowania działań czy to wobec własnych pracowników (np. w postaci wewnętrznych programów edukacyjnych dla rodziców, zapewnienia dodatkowych dni urlopowych na opiekę nad dziećmi, możliwość skorzystania z opłacanej przez pracodawcę poradni psychologicznej) czy w przestrzeni publicznej (np. udział w akcji charytatywnej na rzecz psychiatrii dziecięcej, przeprowadzenie kampanii świadomościowej, współpraca z NGOs). Pewną przeszkodą może okazać się, przy braku wiedzy, standardów, dobrych przykładów i zachęt, brak odpowiedniej motywacji do podejmowania aktywności mających na celu poprawę ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, czy nawet szerzej – pomysłów na takie aktywności i wpisywania je w kontekst biznesowy organizacji.



Dodatkowo, jeśli już decydują się na działanie, wiele podmiotów w sektorze prywatnym podejmuje aktywności na własną rękę lub we współpracy z wybraną(y)mi organizacją(ami) społeczną(y)mi). **Działania te charakteryzują się jednak zwykle incydentalnością i nie są koordynowane na szerszą skalę. Brakuje forum do wymiany doświadczeń oraz podmiotu, być może ze strony publicznej, który mógłby być odpowiedzialny za synchronizację aktywności różnych organizacji.**

ROZWIĄZANIE

Nie chodzi rzecz jasna o to, by w drodze przepisów prawnych zmusić sektor prywatny do troski o zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. **Należy jednak tak skonstruować ramy systemu, aby przedsiębiorstwa wiedziały, dlaczego warto aktywnie się włączać w ten obszar, w jaki sposób działać oraz co mogą dzięki temu zyskać.** Rozwiązaniem problemu braku uczestnictwa i partnerstwa mogą być więc następujące kwestie:

- **upowszechnienie wiedzy, że rola sektora prywatnego jest istotna, a przedsiębiorstwa mogą i powinny się włączać aktywnie w działania na rzecz ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży** – szczególnego znaczenia nabiera działalność przedsiębiorstw w społeczności lokalnej, która często składa się np. z dzieci pracowników;



PRZYKŁAD PRAKTYCZNY

Foxy pomaga dzieciom

Staramy się aktywnie uczestniczyć w życiu naszej lokalnej społeczności. Szczególnie dużo uwagi poświęcamy dzieciom. Stworzyliśmy specjalny program „Foxy pomaga dzieciom”, w ramach którego od ponad 10 lat wspieramy wybrane inicjatywy i ciekawe projekty związane z pomocą najmłodszym.

Współpracujemy ze szkołami, przedszkolami oraz innymi instytucjami zlokalizowanymi w Kostrzynie, Gorzowie Wielkopolskim i innych miejscowościach naszego regionu.

ICT jest jednym z największych w województwie lubuskim darczyńców w ramach „Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy”. Wspieramy także hospicjum

św. Kamila w Gorzowie i wiele innych inicjatyw.

Jedną z form pomocy jest również dostarczanie naszych produktów do kostrzyńskich szkół i przedszkoli. **Pomagając instytucjom na tym terenie pomagamy również dzieciom naszych pracowników, co jest dla nas ważne.**

- **wskazanie standardów działania przedsiębiorstw w tym obszarze i dobrych praktyk** – na przykład w formie wspomnianej już platformy do wymiany doświadczeń; jako że udział sektora prywatnego w inicjatywach innych uczestników rynku może istotnie wpłynąć na zwiększenie ich skuteczności oraz zasięgu ich dotarcia, warto, żeby strona publiczna rozważyła uruchomienie przestrzeni umożliwiającej tworzenie koalicji na rzecz zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, w której wszyscy uczestnicy życia społecznego mogliby umieszczać swoje dobre praktyki i propozycje zainicjowania współpracy lub dołączenia do organizowanych przez nich działań; istnieje wiele pojedynczych inicjatyw, których zasięg przy udziale większej liczby podmiotów mógłby być znacznie szerszy;
- **wprowadzenie zachęt dla przedsiębiorstw**, które faktycznie wpłyną motywująco na ich decyzję co do włączania się w inicjatywy z zakresu dobrostanu

psychicznego najmłodszych – w tym prowadzenie narracji korzyści w stosunku do przedsiębiorstw (np. pozytywny wizerunek, budowanie relacji z klientami, działalność CSR);

- **promocja partnerstwa publiczno-prywatnego na rzecz ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży**, które polegałoby na wspólnej realizacji przedsięwzięć pomiędzy podmiotem publicznym i partnerem prywatnym i pozwoliłoby na zwiększenie skuteczności i efektywności usług publicznych z wykorzystaniem prywatnych środków finansowych w sytuacji, gdy podmioty publiczne nie mają po swojej stronie niezbędnych zasobów; jedną z dziedzin, w której może znaleźć zastosowanie PPP, jest sektor ochrony zdrowia¹⁷⁷, a przedsiębiorstwa, realizując

złożone cele ekonomiczne, mogą jednocześnie przyczyniać się do wzmacniania ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.

¹⁷⁷ Przykładami projektów z zakresu ochrony zdrowia w Polsce, które zostały zrealizowane w ramach PPP, są budowa szpitala w Żywcu czy przebudowa Domu Opieki Społecznej w Kobylnicy. Źródło: <https://www.ppp.gov.pl/ochrona-zdrowia/> [dostęp: 9.04.2024].



PRZYKŁAD PRAKTYCZNY

Studia podyplomowe „Psychologiczne wsparcie dzieci i młodzieży w kryzysie” Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie pod patronatem Adamed Pharma

W odpowiedzi na rosnącą potrzebę wsparcia środowiska psychologów i pedagogów szkolnych, którzy na co dzień mierzą się z problemem pogarszającego się stanu psychicznego dzieci i młodzieży,

Adamed Pharma nawiązał stałą współpracę z Akademią Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, zostając wyłącznym partnerem utworzonych w 2021 r. i realizowanych tam studiów podyplomowych „Psychologiczne wsparcie dzieci i młodzieży w kryzysie”. Kooperacja z Akademią Pedagogiki Specjalnej to jedno z działań w ramach społecznej odpowiedzialności, którą firma Adamed Pharma realizuje od lat przez liczne programy i kampanie społeczne. **Jest to przykład działania pozytywnie wpływającego na obszar zdrowia publicznego, szczególnie dobrostanu psychicznego najmłodszych obywateli, które jest wynikiem współpracy podmiotu prywatnego z uczelnią wyższą.**

Opisywane studia kierowane są do pedagogów i psychologów pragnących podwyższyć swoje kompetencje w zakresie wspierania dzieci i młodzieży w środowisku lokalnym. Treści

przekazywane podczas spotkań wzmacniają kompetencje pracowników oświaty zarówno w obszarze wsparcia młodych osób z trudnościami wynikającymi z aktualnie realizowanego etapu rozwojowego, jak i pomocy w kryzysie sytuacyjnym, psychologicznym i wynikającym z deficytów w różnych obszarach funkcjonowania. Program studiów obejmuje cztery bloki tematyczne istotne z punktu widzenia rozwoju dziecka, teorii kryzysu oraz metod wsparcia najmłodszych w środowisku szkolnym i rodzinnym. Format i zakres przekazywanej wiedzy spotkał się z niezwykle dużym zainteresowaniem słuchaczy.

Warunkiem przyjęcia na doskonałe studia podyplomowe jest ukończenie studiów magisterskich na kierunku psychologia lub pedagogika oraz zatrudnienie w jednostce oświatowej lub organizacji bezpośrednio współpracującej z taką jednostką (szkoła,

przedszkole, placówka opiekuńcza, poradnia psychologiczno-pedagogiczna, ośrodek interwencji kryzysowej – praca z dziećmi). Kompetencje tych grup zawodowych w zakresie form wsparcia dzieci i młodzieży w kryzysie stanowią niezbędny element prawidłowego funkcjonowania każdej placówki oświatowej oraz – szerzej – otoczenia instytucjonalnego młodej osoby.

W październiku 2023 r. Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej uruchomiła kolejną, trzecią już edycję studiów, na które z roku na rok przyjmowanych jest coraz więcej uczestników. Od początku ich trwania kierunek ukończyło już ponad 70 słuchaczy.

Deinstytucjonalizacja

POTRZEBA

Deinstytucjonalizacja to jedno z głównych założeń reformy psychiatrii dziecięcej, która ciężar wsparcia dla najmłodszych miała przerzucić na ośrodki I stopnia referencyjnego – te, w których co prawda nie pracuje lekarz psychiatra, ale które w drodze terapii indywidualnej, grupowej, rodzinnej czy rówieśniczej mogą skutecznie pomóc dzieciom i młodzieży z zaburzeniami na wczesnym etapie. **Znacznej części problemom psychicznym da się zapobiec, nie dopuszczając do ich eskalacji i pogorszenia dobrostanu dziecka, bez udziału lekarza psychiatrii i wdrożenia farmakoterapii, za to z pomocą psychologów, psychoterapeutów i terapeutów środowiskowych.**

PROBLEM

Ocenia się, że deinstytucjonalizację udało się do tej pory osiągnąć w około 50%¹⁷⁸. Jako przyczyny takiego stanu rzeczy podaje się **brak świadomości** – zarówno wśród nauczycieli, rodziców, jak i samych dotkniętych problemami najmłodszych – **na temat reformy i możliwości dostępnego wsparcia**. Mimo realizowanego wzrostu dostępności usług bliżej naturalnego środowiska dzieci i młodzieży (zgodnie z założeniami – ośrodki I stopnia referencyjnego w każdym powiecie), wciąż nie jest jasne, do kogo można się udać w problematycznej sytuacji. Dodatkowo stygmatyzacja związana z problemami psychicznymi jest nadal powszechna, co może zniechęcać młode osoby do szukania profesjonalnej pomocy.

Wdrażanie nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego nad dziećmi

¹⁷⁸ Za: <https://pulsmedycyny.pl/finansowanie-psychiatrii-dzieciecej-wzroslo-do-ponad-miliarda-zlotych-pieta-achillesowa-to-placowki-ii-poziomu-1202554>.

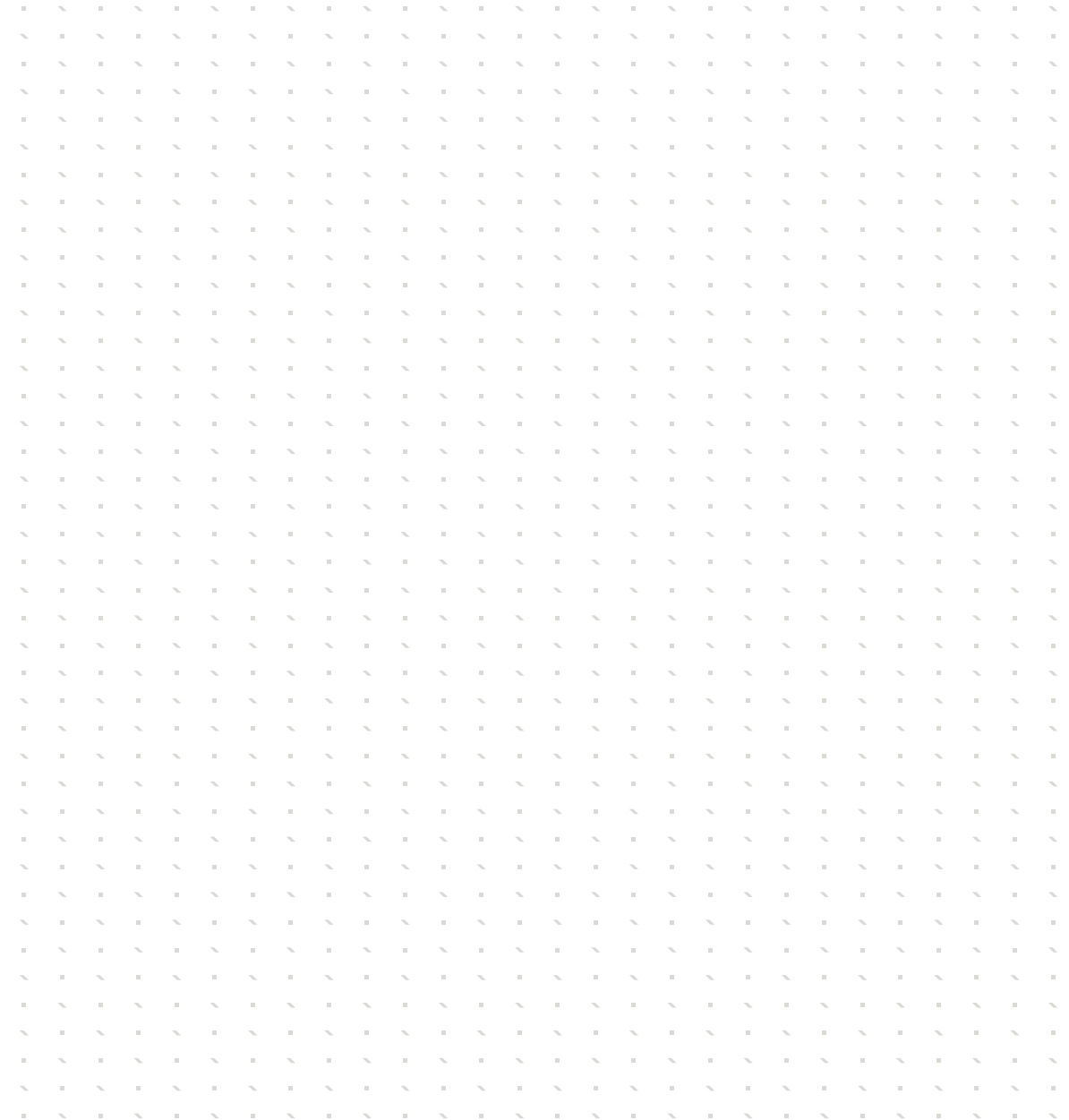
i młodzieżą, opartego w głównej mierze na opiece środowiskowej i ambulatoryjnej, wymaga zmiany sposobu myślenia zarówno specjalistów, jak i rodziców czy opiekunów. **Przyzwyczajenie, by w przypadku problemów natury psychicznej w pierwszej kolejności kierować się do lekarza czy nawet do szpitala, powoduje, że mimo prawie dwukrotnego zwiększenia dostępności do świadczeń cały czas mamy do czynienia z przepełnionymi oddziałami szpitalnymi i wielomiesięcznymi kolejkami do lekarza psychiatry.** Obecny model powoli zaczyna funkcjonować w świadomości społeczeństwa, co stopniowo przekłada się na efekty. Niemniej nadal brak jest rozwiązań legislacyjnych, które wspierałyby wdrożenie modelu koordynowanych kompleksowych środowiskowych.

ROZWIĄZANIE

Realizacja deinstytucjonalizacji oraz tym samym odciążenia ośrodków wyższych stopni referencyjnych, które powinny zajmować się poważniejszymi przypadkami zaburzeń wśród dzieci i młodzieży, oraz ułatwienia młodym osobom z problemami znalezienia potrzebnej pomocy, **jest możliwa w większym stopniu z udziałem sektora prywatnego oraz trzeciego sektora**. Biorąc pod uwagę mnogość kampanii społecznych, w jakie włączają się przedsiębiorstwa, a jakie organizacje społeczne organizują, warto, by strona publiczna wykorzystywała ten potencjał dotarcia. **Udział tych podmiotów w promocji reformy oraz korzystania z ośrodków I stopnia referencyjnego może przyczynić się do zwiększenia wiedzy wśród społeczeństwa na temat miejsc, w których dzieci i młodzież mogą szukać pierwszej pomocy.** Dlatego rekomendujemy, by strona publiczna współpracowała w tym zakresie z przedsiębiorstwami oraz trzecim sektorem. Niezależnie możliwe jest także **prowadzenie**

ogólnopolskiej kampanii społecznej zgodnej z założeniami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego przez samo państwo, np. za pośrednictwem radia, telewizji czy mediów społecznościowych. Najważniejsze, by systemowa edukacja społeczna na temat zdrowia psychicznego odbywała się na poziomie uniwersalnym i była kierowana do całej populacji. Celami takiej kampanii mogłyby być:

- **promocja zdrowia psychicznego;**
- **zapobieganie dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi;**
- **upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o model ochrony środowiskowej;**
- **upowszechnienie nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży opartego o trzy poziomy referencyjne.**



DOBRE PRAKTYKI



Ministerstwo Sprawiedliwości

Departament Spraw Rodzinnych i Nieletnich



Ministerstwo
Sprawiedliwości

Podejmujemy szereg działań, które mają na celu zminimalizować stres dzieci i młodzieży w kontaktach z wymiarem sprawiedliwości i zapewnić im w ich trakcie komfort.

Zidentyfikowaliśmy zagrożenia dla dobrostanu małoletnich uczestniczących w postępowaniach sądowych w charakterze pokrzywdzonych lub świadków i wprowadziliśmy odpowiednie przepisy mające przeciwdziałać niebezpieczeństwu, nakładając szereg obowiązków na podmioty biorące udział w tych postępowaniach. Zadaniem omawianych regulacji jest ochrona dobra wszystkich

dzieci, przy czym niektóre z nich odnoszą się specyficznym do dzieci z zaburzeniami psychicznymi, rozwojowymi, z zakłóceniami czynności postrzegania lub odtwarzania spostrzeżeń.

W szczególności warto wspomnieć o zmianach w Kodeksie postępowania karnego, których celem było przygotowanie procedury karnej na przyjęcie uczestników ze szczególnymi potrzebami.



Znowelizowano między innymi art. 300 k.p.k. wprowadzając zasadę, że pouczenie powinno być zrozumiałe przez osoby niekorzystające z pomocy obrońcy lub pełnomocnika, osoby nieporadne ze względu na wiek lub stan zdrowia czy osoby, które nie ukończyły 18 lat. Dla osób nieporadnych ze względu na wiek lub stan zdrowia przewidziano opracowanie wyjaśnień. Dodano również tzw. „przyjazny tryb przesłuchania” dla osób (pokrzywdzonego, świadka), u których występują zaburzenia psychiczne lub rozwojowe lub zakłócenia zdolności postrzegania lub odtwarzania postrzeżeń, co do których zachodzi uzasadniona obawa, że przesłuchanie w innych warunkach, zwykłych, mogłoby wpłynąć negatywnie na ich stan psychiczny lub byłoby znacznie utrudnione (art. 185e k.p.k.).

Dodatkowo zmieniliśmy Regulamin urzędowania sądów powszechnych oraz rozporządzenie w sprawie sposobu przygotowania przesłuchania przeprowadzanego w trybie określonym w art. 185a-185c

Kodeksu postępowania karnego. Celem tych zmian było opracowanie regulacji prawnych zmierzających do podniesienia standardu poziomu ochrony pokrzywdzonych oraz świadków najcięższych przestępstw składających zeznania w trybie art. 185a-185c k.p.k., poprzez, przede wszystkim, wprowadzenie systemu monitorowania organizacji i wyposażenia pomieszczeń przeznaczonych do przeprowadzania tej czynności procesowej. Warto podkreślić, że sposób organizacji oraz wyposażenia pomieszczeń przeznaczonych do przeprowadzania czynności przesłuchania pokrzywdzonych oraz świadków najcięższych przestępstw, tj. małoletnich oraz osób dorosłych pokrzywdzonych, ma niebagatelny wpływ na zapewnienie swobody wypowiedzi, poczucie bezpieczeństwa osób przesłuchiowanych czy też minimalizowanie ich dyskomfortu psychicznego związanego z udziałem w czynności dowodowej. Za niezbędne zatem należy uznać wszelkie rozwiązania, które koncentrują

się na zwiększeniu poszanowania godności, stanu psychicznego i emocjonalnego ww. osób oraz zmierzają do zminimalizowania przypadków, w których to osoby pokrzywdzone i świadkowie przestępstw doświadczają wtórnej traumatyzacji, czyli ponownego narażenia na przeżycia urazowe, w związku z reakcją otoczenia na ich dramatyczne doświadczenia.

Warto również wskazać, że sędziowie delegowani do Ministerstwa Sprawiedliwości (w Departamencie Współpracy Międzynarodowej i Praw Człowieka) opracowali i upowszechniają w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych program szkoleniowy dla dzieci, młodzieży oraz kadry pedagogicznej i pracowników socjalnych, mający na celu eliminowanie zjawiska przemocy wśród i wobec małoletnich (w szczególności w zakresie zwalczania przemocy rówieśniczej) oraz wdrażanie Standardów Ochrony Małoletnich zgodnie z nowelizacją Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego (tzw. Ustawą Kamilką).

Zapewniamy dostęp do opieki psychiatrycznej i wsparcia psychologicznego osobom przebywającym w okręgowych ośrodkach wychowawczych, zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich. Wśród 30 placówek dla nieletnich nadzorowanych, w imieniu Ministra Sprawiedliwości, przez Departament Spraw Rodzinnych i Nieletnich, funkcjonuje:

- 11 okręgowych ośrodków wychowawczych,
- 2 schroniska dla nieletnich,
- 11 zakładów poprawczych,
- 6 placówek łączonych (schroniska dla nieletnich i zakłady poprawcze).

We wszystkich ww. placówkach zatrudnieni są psycholodzy (średnio 2 osoby w każdej placówce). W niektórych ośrodkach/zakładach/schroniskach na podstawie umowy o pracę zatrudnieni są również lekarze psychiatry (w niepełnym wymiarze etatu). W większości placówek psychiatry świadczą usługi medyczne na podstawie

umów zleceń lub w ramach działalności gospodarczej w formie indywidualnej praktyki lekarskiej.

Najczęściej występującymi zaburzeniami psychicznymi wśród wychowanków ośrodków, zakładów i schronisk są zaburzenia zachowania, zaburzenia opozycyjno-buntownicze oraz zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych (nadużywanie lub uzależnienie od alkoholu, nadużywanie lub uzależnienie od narkotyków). Wszyscy wychowankowie przejawiający zaburzenia psychiczne objęci są opieką psychiatryczną (farmakologią) i różnymi formami pomocy psychologicznej.

Psycholodzy i pedagodzy w zespołach pomocy psychologiczno-pedagogicznej okręgowych ośrodków wychowawczych, w zespołach diagnostycznych schronisk dla nieletnich i w zespołach diagnostyczno-korekcyjnych zakładów poprawczych, oprócz rozmów interwencyjnych (wsparcie w kryzysie)

i rozmów terapeutycznych, prowadzą różnorodne zajęcia – psychokorekcyjne, socjoterapeutyczne, relaksacyjne, psychoedukacyjne, profilaktyczne.

Zatrudnieni w placówkach psychoterapeuci prowadzą z wychowankami indywidualne terapie krótkoterminowe z wykorzystaniem metod terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (TSR) oraz analizy transakcyjnej. Prowadzą również terapie długoterminowe – psychoterapię w nurcie poznawczo-behawioralnym (CBT) i systemowym.

Certyfikowani terapeuci uzależnień prowadzą profesjonalne oddziaływania profilaktyczne i terapeutyczne wobec nieletnich zagrożonych uzależnieniem w związku z zachowaniami ryzykownymi oraz uzależnionych od środków psychoaktywnych. Profilaktyka uzależnień prowadzona jest, odpowiednio do stopnia zagrożenia, na trzech poziomach – jako profilaktyka uniwersalna, selektywna oraz wskazująca.

Celem profilaktyki uniwersalnej jest przeciwdziałanie inicjacji w zakresie różnych zachowań ryzykownych poprzez dostarczanie nieletnim odpowiedniej informacji oraz wzmacnianie czynników chroniących i redukcję czynników ryzyka. W ramach tej profilaktyki realizowane są programy czy zajęcia dotyczące szkodliwości palenia papierosów, spożywania alkoholu, zażywania narkotyków i dopalaczy oraz uzależnień behawioralnych, np. „Program Przeciwdziałania Przyjmowaniu Substancji Uzależniających przez Uczniów (Unplugged)” opracowany w ramach międzynarodowego programu EU-Drug Abuse Prevention (EU DAP) finansowanego przez Komisję Europejską.

Profilaktyka selektywna mająca na celu zapobieganie, ograniczenie lub zaprzestanie podejmowania przez jednostkę zachowań ryzykownych skierowana jest do nieletnich szczególnie narażonych na uzależnienie od substancji psychoaktywnych. W obszarze profilaktyki selektywnej realizowane są w placówkach m.in.:

- „FreD Goes Net” – program rekomendowany przez Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii;
- „ARS, czyli jak dbać o miłość” – program autorstwa Krzysztofa Wojcieszka pod patronatem Ministerstwa Zdrowia, który powstał dzięki wsparciu finansowemu w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy;
- „Korekta” – program dotyczący faz uzależnienia od alkoholu autorstwa Krzysztofa Wojcieszka rekomendowany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii;
- zajęcia oparte na programie „Siedem kroków” według Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych;
- zajęcia dla dorosłych dzieci alkoholików (DDA);
- cykliczne spotkania wychowanków z przedstawicielami klubów Anonimowych Alkoholików (AA).

W ramach profilaktyki wskazującej, której celem jest zapobieganie

rozwojowi uzależnienia od substancji psychoaktywnych, ograniczanie częstości używania lub zmiana wzorów używania substancji na mniej ryzykowne, prowadzone są dla wychowanków uzależnionych zajęcia o charakterze profilaktycznym i terapeutycznym. W tym obszarze profilaktyki realizowany jest w placówkach program CANDIS opracowany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii we współpracy z Centralnym Instytutem Zdrowia Psychicznego Uniwersytetu Heidelberga w Mannheim i Uniwersytetem Technicznym w Dreźnie. Terapeuci prowadzą również indywidualną terapię uzależnień w nurcie poznawczo-behawioralnym w oparciu o techniki dialogu motywującego. Uzależnionym wychowankom, w razie potrzeby, placówki zapewniają terapię indywidualną w specjalistycznych placówkach leczniczych poza ośrodkiem/zakładem/schroniskiem.

W ramach podnoszenia kompetencji zawodowych przydatnych w pracy terapeutycznej z osobami przejawiającymi problemy

w obszarze zdrowia psychicznego, pracownicy z zespołów diagnostycznych, diagnostyczno-korekcyjnych i zespołów pomocy psychologiczno-pedagogicznej, uczestniczą w tematycznych szkoleniach i warsztatach, na przykład:

- „Zaburzenia psychotyczne – przyczyny, objawy i postępowanie terapeutyczne”;
- „Depresja wśród młodzieży. Rozpoznanie i sposoby wsparcia w problemie”;
- „Zaburzenia psychiczne przejawiające się myślami samobójczymi i zachowaniami autodestrukcyjnymi u młodzieży szkolnej”;
- „Profilaktyka uzależnień od substancji psychoaktywnych”;
- „Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne u dzieci i młodzieży”;
- „DDA (Dorośle Dzieci Alkoholików) – diagnoza i metody pracy”.

Specjaliści z zespołów konsultują się również z certyfikowanymi superwizorami, omawiając metody pracy z wychowankami.



UNICEF Polska

Dobra kondycja zdrowia psychicznego warunkuje nasze codzienne funkcjonowanie: to, jak myślimy, co czujemy, jak radzimy sobie z problemami czy stresem, a także jak zarządzamy naszymi relacjami z innymi. Zdrowie psychiczne jest istotne na każdym etapie naszego życia, a wiele doświadczeń z wczesnych etapów rozwoju może trwale wpłynąć na zdrowie psychiczne w dorosłości.

Okres dzieciństwa jest kluczowy w procesie budowania zdrowia psychicznego na przyszłość. Niestety, kryzysy i zaburzenia w obszarze zdrowia psychicznego w okresie dzieciństwa nie pozwalają młodemu człowiekowi całkowicie korzystać z jego praw i rozwijać w pełni swojego potencjału. Alarmujące dane dotyczące zdrowia psychicznego młodego pokolenia

mobilizują na całym świecie wiele środowisk do podejmowania działań w tym obszarze.

Dla UNICEF kwestie związane ze zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży są jednym z kluczowych obszarów aktywności, podejmowanych zarówno w skali globalnej, jak i lokalnie. UNICEF współpracuje z wieloma

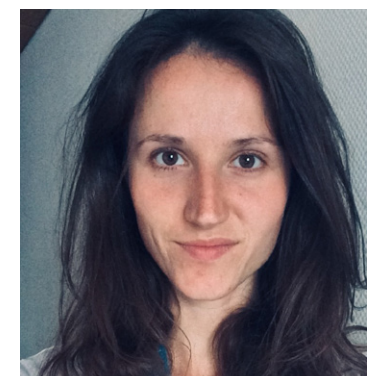
unicef 
dla każdego dziecka



Małgorzata
Połowniak-Dąbrowska
Menadżer ds. Projektów
Advocacy



Agnieszka
Telusiewicz-Pacak
Ekspert ds. Advocacy,
UNICEF Polska



Anna Lewicka
Starszy specjalista ds.
Projektów Edukacyjnych,
UNICEF Polska

interesariuszami oraz partnerami po to, aby wprowadzać realne zmiany mające wpływ na zdrowie i życie dzieci. Dostrzegamy potrzebę wprowadzania zaawansowanych rozwiązań systemowych, skoordynowanych na wielu poziomach i obejmujących m.in.:

- **zwiększenie inwestycji finansowych w obszar zdrowia psychicznego**, w tym przede wszystkim w świadczone usługi kierowane do dzieci, młodzieży i ich rodzin;
- **wspieranie rodzin, rodziców i opiekunów dzieci**, w tym zwrócenie szczególnej uwagi na promocję pozytywnego rodzicielstwa;
- **wdrażanie programów profilaktycznych oraz interwencyjnych** w szkołach i społecznościach lokalnych, gwarantujących dzieciom funkcjonowanie w zdrowym i bezpiecznym środowisku;
- **podnoszenie tematu zdrowia psychicznego w debacie publicznej** celem przeciwdziałania dyskryminacji i stygmatyzacji

osób doświadczających kryzysów zdrowia psychicznego.

Realizując działania mające na celu wspieranie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży współpracujemy globalnie z partnerami, docierając w ten sposób do jak najszerszej grupy odbiorców.

W 2021 roku zapoczątkowaliśmy współpracę z Z Zurich Foundation. Jej celem jest dotarcie do ponad 400 000 młodych ludzi i poszerzenie ich wiedzy oraz umiejętności na temat tego, jak dbać o swoje zdrowie psychiczne, jak radzić sobie z wyzwaniami poprzez rozwijanie kompetencji emocjonalnych i społecznych. Istotnym elementem jest także docieranie do rodziców i opiekunów oraz wspieranie ich kompetencji w zakresie dbania o zdrowie psychiczne ich dzieci.

Globalna Koalicja na rzecz Zdrowia Psychicznego

W 2022 roku we współpracy z Z Zurich Foundation powołaliśmy Globalną Koalicję na rzecz Zdrowia

Psychicznego Młodych Ludzi (Global Coalition for Youth Mental Health). Koalicja zrzesza partnerów włączających się w przeciwdziałanie pogłębiającemu się kryzysowi zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Działania Koalicji koncentrują się na podnoszeniu świadomości społecznej na potrzebę ochrony zdrowia psychicznego, a także zwiększaniu środków publicznych i prywatnych przeznaczanych na programy ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży organizowane przez UNICEF na świecie. Koalicja zwraca także uwagę na działania, jakie może podjąć środowisko biznesu, tworząc odpowiednią kulturę miejsca pracy – taką, która będzie wspierać zdrowie psychiczne i dobre samopoczucie pracowników. Pracodawcy powinni być świadomi, że zapewnienie pełnego szacunku, bezpiecznego i zdrowego miejsca pracy wpływa bezpośrednio na pracowników, ale pośrednio także na ich rodziny, w tym dzieci. Globalnymi członkami Koalicji poza UNICEF i Z Zurich Foundation są takie firmy jak Spotify, Sony czy Jo Malone.

Kampania #OnMyMind

W 2021 roku zainicjowaliśmy światową kampanię #OnMyMind, która w swoim założeniu ma dotrzeć do niemal 30 milionów odbiorców. Jej celem jest m.in. zmiana języka debaty publicznej wokół zdrowia psychicznego oraz podnoszenie świadomości i wiedzy młodych ludzi oraz ich opiekunów w tym obszarze. W jej ramach zrealizowano szereg działań.

Kompendium wiedzy o zdrowiu psychicznym

W 2023 roku w ramach odstony kampanii skierowanej do polskiego odbiorcy powstało onlinowe kompendium wiedzy na temat zdrowia psychicznego młodych ludzi. Treści dedykowane z jednej strony młodzieży, a z drugiej ich rodzicom i opiekunom, zawierają wiele wartościowych porad: jak dbać o swoje zdrowie psychiczne lub zdrowie swojego dziecka, jak zarządzać emocjami, jak rozpoznawać ewentualne kryzysy, które mogą dotknąć młodych ludzi... W ramach kampanii powstały także krótkie

materiały filmowe ze wskazówkami od ekspertów i psychologów, o tym jak rodzic może pomóc nastolatкови wyrażać emocje, jak go motywować i zachęcić do szczerzej rozmowy.

Baza wiedzy jest cały czas rozbudowywana i dostępna pod adresem: <https://unicef.pl/co-robimy/zdrowiepsychiczne>.

Bezpłatne podcasty skierowane do młodych ludzi

W 2023 roku w ramach partnerstwa pomiędzy UNICEF a platformą Spotify powstała seria podcastów skierowanych do młodych „W mojej głowie”. Założeniem projektu było



zareagowanie na potrzeby młodych ludzi – uchodźców z Ukrainy, którzy ucierpieli w wyniku wojny. Podcasty dostępne są bezpłatnie na platformie dla wszystkich młodych słuchaczy w trzech wersjach językowych: polskiej, ukraińskiej oraz angielskiej. Cały czas uzupełniamy materiały o nowe treści.

Projekty edukacyjne UNICEF Polska

UNICEF Polska realizuje także projekty edukacyjne skierowane do szkół w Polsce. Jednym z projektów mającym na celu zwiększenie świadomości na temat profilaktyki zdrowia psychicznego młodych ludzi był projekt „eMOCje w GŁOWIE”, w który w 2022 roku zaangażowało się blisko 1 000 szkół w kraju. Przygotowane materiały dydaktyczne pozwoliły nauczycielom na realizowanie zajęć poświęconych tematyce zdrowia psychicznego z uczniami. Po zakończeniu projektu wszystkie materiały zostały udostępnione na stronie unicef.pl, dzięki czemu nauczyciele mogą skorzystać z nich w dowolnym

momencie roku szkolnego.

Przygotowane wspólnie ze Światową Organizacją Zdrowia scenariusze poruszają różne zagadnienia z obszaru zdrowia psychicznego – od radzenia sobie ze stresem, przez rozwiązywanie konfliktów aż po budowanie pozytywnych relacji. Scenariuszom towarzyszy seria historii „Wspaniała Mei i przyjaciele”, dostępna w formie klasycznych komiksów i podcastów na platformie Spotify.

W ramach projektu powstały także materiały wideo – filmy nagrane z udziałem eksperta, skierowane do młodych ludzi, nauczycieli oraz rodziców, a także podręcznik „Dziecko pod wpływem traumy – poradnik dla nauczycieli, psychologów, pedagogów, placówek edukacyjnych i poradni psychologicznych”. Publikacja powstała w odpowiedzi na potrzeby środowisk szkolnych, nauczycieli, pedagogów i psychologów na co dzień pracujących z dziećmi i mierzących się z trudnościami wynikającymi z obciążenia psychicznego w związku

z wykonywanym zawodem. Praca z dziećmi, które w swoim krótkim życiu muszą mierzyć się ze skutkami doświadczeń traumatycznych, może stanowić duże wyzwanie dla środowiska szkolnego. Wiedza na temat traumy i jej potencjalnych konsekwencji to podstawowy krok ku skutecznemu pomaganiu. Materiał zawiera także wskazówki, w jaki sposób nauczyciel może zadbać o własną kondycję psychofizyczną.

Wszystkie materiały dydaktyczne dotyczące zdrowia psychicznego młodych ludzi dostępne są na stronie: <https://unicef.pl/wspolpraca/wspolpraca-z-placowkami-edukacyjnymi/materiały-edukacyjne/o-zdrowiu-psychicznym-dzieci-i-mlodziezy>.

Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej

Trzy obszary zrównoważonego rozwoju

Środowisko naturalne E (environmental), społeczne S (social) oraz obszar ładu organizacyjnego G (governance) to komponenty tzw. ESG, funkcjonującego od lat w przestrzeni odpowiedzialnego biznesu.

W perspektywie uczelni pedagogicznej, zarówno obszary te jak i szerzej – cele zrównoważonego rozwoju ONZ stanowią podstawową tkankę praktyki akademickiej związanej z przygotowaniem studentów do wykonywania zawodów zaufania publicznego. ESG postrzegamy jako narzędzie porządkujące, które pozwala nam

zmapować wpływ społeczny naszej działalności. Corocznie kształcimy około 5000 studentów, a w Akademii zatrudnionych jest ponad 500 pracowników. Biorąc pod uwagę wkład naszych absolwentów w kształcenie i wspierania młodych pokoleń, świadomość ESG ma charakter kaskadowy i można uznać, że efekty działań uczelni



Prof. dr hab. Anna
Odrowąż-Coates
Prorektor ds. rozwoju
(2020-2024)

oraz kształtowania kultury zdrowia psychicznego, przenoszą się na szerokie grupy społeczne.

Zdrowie i dobrostan dzieci i młodzieży nie mogą być, naszym zdaniem, rozpatrywane w oderwaniu od zdrowia i dobrostanu profesjonalnych kadr pozostających w kontakcie zawodowym z dzieckiem i młodzieżą.

W związku z tym w Akademii prowadzone są działania projakościowe mające na celu wzmocnienie dobrostanu całej społeczności, zarówno kadry akademickiej jak studentów. Od 10 lat działa w uczelni bezpłatna poradnia psychologiczno-terapeutyczna, która jest w stanie udzielać wsparcia również w językach obcych (m.in. ukraińskim, rosyjskim, angielskim). Istnieje też możliwość zaczerpnienia porad prawnych. Nad dobrostanem społeczności czuwa Rzecznik ds. Praw i Wartości Akademickich, specjalni mediatorzy i w ostateczności także rzecznicy dyscyplinarni. Bardzo ważna w naszej uczelni jest dostępność i inkluzja osób ze zróżnicowanymi potrzebami, o którą dba Pełnomocnik

Rektora ds. wsparcia osób z niepełnosprawnościami. Pracownicy i pracowniczki Instytutów Psychologii, Pedagogiki, Pedagogiki Specjalnej, Wsparcia Rozwoju Człowieka i Edukacji to wysokiej klasy specjaliści, praktycy z doświadczeniami pracy z dzieckiem i młodzieżą. Jest to cenny zasób dla uczelni, który pozwala nam opiekować się dobrostanem pracowników i studentów.

W okresie pandemicznym i post pandemicznym zaobserwowaliśmy większe zapotrzebowanie na terapię i wsparcie wśród naszych studentów i studentek.

Wiele osób otwarcie komunikuje, że korzysta ze wsparcia farmakologicznego i że leczy się psychiatrycznie. Takie publiczne deklaracje były w przeszłości rzadkością. Trudno powiedzieć, czy to atmosfera otwartości panująca w naszej uczelni, czy większa świadomość chorób psychicznych w społeczeństwie, czy jakieś inne czynniki powodują te deklaracje, ale jest to sytuacja dość powszechna.

W ostatnich latach w Akademii realizowane były liczne granty

naukowe i dydaktyczne związane z dobrostanem i zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży.

Wśród nich można wymienić Mental Health Support for Ukrainian Refugees (MESUR), poświęcony przygotowaniem narzędzi do walki z depresją i identyfikacji depresji. Projekt ma na celu zapewnienie natychmiastowego wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego poprzez wdrożenie cyfrowej, opartej na dowodach interwencji iFightDepression (przetłumaczonej na język ukraiński i rosyjski) w sześciu krajach wdrożeniowych (Polska, Niemcy, Węgry, Bułgaria, Grecja i Estonia). W efekcie zmniejsza to presję na krajowe systemy opieki zdrowotnej i podmioty zaangażowane w kryzys uchodźczy w tych krajach. Projekt generuje wiedzę poprzez szkolenie pracowników ochrony zdrowia, w tym specjalistów ukraińskich, na temat depresji, zespołu stresu pourazowego i innych powszechnych zaburzeń psychicznych wśród osób doświadczających sytuacji uchodźczej. Co więcej dostarcza wytycznych dotyczących najlepszych

praktyk i zestawu narzędzi wdrożeniowych, aby wspierać kolejne kraje we wdrażaniu iFightDepression w celu wspierania populacji w kryzysach humanitarnych i w fazie integracji. Bazą dla tego projektu jest przedsięwzięcie konsorcjum EAAD, które prowadzi z nami projekt na dostosowanie i wprowadzenie modelu najlepszych praktyk europejskiego stowarzyszenia przeciwdziałania depresji EAAD w celu poprawy opieki nad osobami z depresją i zapobiegania zachowaniom samobójczym w Europie. Jest to bardzo ważne działanie, które przełoży się na lepszą opiekę nad dziećmi i młodzieżą.

Dobrostan psychiczny wymaga obcowania z naturą, dbałości o przyrodę i środowisko naturalne. Tu wśród realizowanych przez nas projektów możemy wymienić projekt międzynarodowy ATTUNE: Activate the University for Climate Change, który między innymi zachęca studentów oraz nauczycieli do pielęgnacji i sadzenia roślin, szerzy świadomą konsumpcję. Bezpośrednie oddziaływanie na dzieci w klasie

szkolnej ma projekt Zielony plecak dla klimatu ziemi, skierowany do szkół. Pozostając w obszarze pedagogicznym, Katedra UNESCO im. Janusza Korczaka wraz z Instytutem Pedagogiki zidentyfikowały post pandemiczne potrzeby uczniów i nauczycieli w 4 krajach europejskich i opracowały program kursu dla sektora wsparcia społecznego i edukacji, który można zrealizować w formie samokształcenia lub jako wydarzenie szkoleniowo-treningowe. Kolejny projekt „DIGI-SKILLS-SEN” jest skierowany do nauczycieli uczących dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, aby zwiększyć ich umiejętności cyfrowe i pomóc im w rozwoju osobistym i zawodowym. Projekt oferuje dostępne internetowe platformy edukacyjne i narzędzia, zachęcając do korzystania z technologii cyfrowych w praktyce uczenia się i nauczania, a także zapewnia zasoby instruktażowe, szkolenia oparte na ICT i narzędzia do oceny praktyk edukacyjnych. Na rzecz dobrostanu dzieci i młodzieży oddziaływać może także projekt HABILITAS, poświęcony narzędziom dla studentów w wieku od 15 do 25 lat,

z SPE lub/i z trudnościami w nauce, poprzez podejście e-learningowe. Materiały dydaktyczne wspierają umiejętności czytania i pisania oraz kompetencje techniczne w 4 głównych obszarach: Dieta i Żywnienie, Podstawowa Opieka Zdrowotna, Interwencja Społeczna i Społeczna oraz Działania Animacyjne.

Nasze działania nie ograniczają się do przygotowania kadr w zakresie wsparcia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. **Nasi absolwenci i pracownicy są aktywnymi nauczycielami, terapeutami, psychologami z praktyką kliniczną, co bez wątpienia przekłada się na zwiększenie dostępności profesjonalnego wsparcia dzieci i młodzieży.** Istnienie kryterium ESG pozwala nam na większą świadomość wpływu i roli jaką odgrywa uczelnia publiczna w kształtowaniu dobrostanu dzieci i młodzieży oraz promocji zdrowia psychicznego.



Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

Jak wspieramy studentów APS?

W Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej istnieje szereg możliwości, które umożliwiają wsparcie zdrowia psychicznego młodych osób (studentów, doktorantów).

Do najważniejszych z nich należą:

1. Możliwość skorzystania z poradni psychologicznej;
2. Możliwość korzystania z mediacji sporów;
3. Możliwość konsultacji oraz zgłaszania nieprawidłowości do rzeczników dyscyplinarnych;

4. Możliwość skorzystania z formalnej lub mediacyjnej procedury przeciwdziałającej mobbingowi i dyskryminacji.

Poradnia Psychologiczna

Nasza Akademicka Poradnia Psychologiczna działa od stycznia 2015 roku. Została powołana przez

Akademia
Pedagogiki
Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
rok założenia 1922



Dr Michał Szulawski
Instytut Psychologii APS,
mediator

Rektora APS w odpowiedzi na inicjatywę pracowników Instytutu Psychologii. W ramach poradni świadczona jest bezpłatna pomoc psychologiczna, którą mogą uzyskać studenci wszystkich kierunków studiów stacjonarnych, zaocznych i podyplomowych. Od chwili ogłoszenia w Polsce zagrożenia epidemicznego Poradnia wspiera

również wszystkich pracowników Akademii. Wsparcie prowadzone jest przez wykwalifikowanych psychologów klinicznych, psychoterapeutów, głównie pracowników Instytutu Psychologii. Nadrzędną zasadą świadczenia pomocy psychologicznej w Poradni jest poufność i ochrona wszystkich uzyskanych przez Poradnię

danych i informacji. Pomoc psychologiczna odbywa się według najlepszej woli i wiedzy, z należytą uczciwością i sumiennością. W ramach Akademickiej Poradni Psychologicznej można uzyskać bezpłatną pomoc psychologiczną w postaci konsultacji psychologicznej, poradnictwa psychologicznego, interwencji kryzysowej, warsztatów psychoedukacyjnych, psychoterapii indywidualnej lub psychoterapii grupowej.

Mediator

Powołaliśmy mediatora w 2019 roku. Jest to osoba pierwszego kontaktu, której zadaniem jest monitorowanie, zapobieganie oraz rozpatrywanie na etapie mediacyjnym sytuacji konfliktów interesów, przeciwdziałaniu mobbingowi i dyskryminacji. Odpowiada za kwestie sporne nie tylko pomiędzy studentami, ale również pracownikami Akademii. W szczególności:

- służy stronom sporu lub konfliktu pomocą we wzajemnej komunikacji, określeniu interesów

i kwestii do dyskusji oraz w dojściu do porozumienia;

- przedstawiania stosowną informację na temat obowiązujących regulacji w zakresie przeciwdziałania mobbingowi i dyskryminacji na terenie APS;
- podejmuje próby rozwiązania problemu w jak najmniej stresujący dla uczestników sposób;
- dokłada wszelkich starań, aby strony konfliktu zgodziły się na przeprowadzenie mediacji;
- przeprowadza mediacje, które mają charakter poufny;
- przygotowuje i doprowadzenia do podpisania przez strony ugody.

Rzecznicy i komisje dyscyplinarne

W Akademii Pedagogiki Specjalnej powołani są rzecznicy, którzy często są pierwszymi osobami, z którymi kontaktują się studenci w sytuacjach trudnych relacji z kolegami oraz pracownikami. W Akademii powołany jest Rzecznik Praw i Wartości Akademickich, Rzecznik

Dyscyplinarny ds. Studentów, Rzecznik Dyscyplinarny ds. Doktorantów oraz Rzecznicy Dyscyplinarni ds. Nauczycieli Akademickich. Do rzeczników ds. studentów mogą zgłaszać się studiujący, którzy uważają, że zostały przekroczone (ze strony kolegów lub wykładowców) granice etycznego zachowania. Rzecznicy w porozumieniu z osobami poszkodowanymi podejmują starania, aby zebrać dowody związane ze sprawą. Jednocześnie proponują osobom, które mogą być poszkodowane lub odczuwać kryzys i nadmierny stres związany z zaistniałą sytuacją, skorzystanie z usług poradni psychologicznej.

Procedura ds. zwalczania mobbingu i dyskryminacji

Procedura reguluje pracę mediatora oraz rzeczników dyscyplinarnych w sprawach dotyczących mobbingu i dyskryminacji. W pierwszej kolejności (jeżeli strony wyrażą na to wolę) stosuje się postępowanie polubowne, mediacyjne, a dopiero w drugiej kolejności – formalne. Postępowanie formalne jest związane z powołaniem

komisji ds. przeciwdziałania mobbingowi i dyskryminacji, której celem jest wyjaśnienie sprawy i sprawdzenie, czy wskazana osoba mogła dopuścić się zachowań o takim charakterze.

Warto nadmienić, że poza formalnymi rolami, komisjami i procedurami, przez wzgląd na kierunki kształcenia, takie jak psychologia, pedagogika, praca socjalna, w kulturze organizacyjnej Akademii jest zakorzenione również wsparcie nieformalne, koleżeńskie, które odbywa się poprzez nieformalne rozmowy.

Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej

Aktywne działanie kluczem do sukcesu

W działaniach profilaktycznych wskazuje się, poza samą koniecznością pomocy dzieciom w radzeniu sobie z emocjami, także podnoszenie kompetencji dorosłych w tym obszarze.

W odpowiedzi na zwiększające się potrzeby w omawianym zakresie w Akademii Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej podjęliśmy szereg działań mających na celu wsparcie dzieci i młodzieży:

- W 2021 roku w partnerstwie z Adamed Pharma uruchomiliśmy studia podyplomowe

„Psychologiczne wsparcie dzieci i młodzieży w kryzysie”, które mają na celu rozszerzenie kompetencji psychologów i pedagogów do pracy z dziećmi i młodzieżą w kryzysie wynikającym zarówno z aktualnie realizowanego etapu rozwojowego, jak i z deficytów w różnych obszarach funkcjonowania

Akademia
Pedagogiki
Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
rok założenia 1922



dr Ewa Odachowska-
Rogalska

adiunkt, Kierownik
Zakładu Psychologii
Klinicznej Dzieci
i Młodzieży, Instytut
Psychologii APS

- oraz zaburzeń. Studia podyplomowe przygotowują do udzielania skutecznej pomocy psychologicznej dzieciom i młodzieży przeżywającym trudności emocjonalne, społeczne czy sytuacje kryzysowe. Podczas studiów uczestnicy zdobywają wiedzę na temat różnorodnych aspektów psychologicznych związanych z rozwojem dzieci i młodzieży, naturą i dynamiką kryzysów, psychopatologią, radzeniem sobie ze stresem, interwencją kryzysową czy metodami pracy.
- Powołaliśmy zespół badawczy ds. „Wspierania rozwoju dzieci i młodzieży” złożony ze specjalistów praktyków w obszarze pomocy dzieciom i młodzieży.
 - Instytuty Akademii aktywnie współpracują z instytucjami administracji rządowej i samorządowej oraz placówkami oświatowymi i organizacjami pozarządowymi w celu organizacji i propagowaniu zajęć na rzecz zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.
 - Realizujemy projekt „Doradcy ds. zdrowienia”, który został zaliczony do najlepszych projektów dofinansowanych przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju. Celem projektu było przygotowanie i przeprowadzenie kursu umożliwiającego osobom z doświadczeniem zaburzeń psychicznych nabycie umiejętności i wiedzy niezbędnej dla wspierania innych osób chorujących. Dzięki udziałowi w projekcie certyfikaty Doradcy ds. Zdrowienia uzyskała grupa licząca ponad 150 osób.
 - Realizujemy projekty wspólne z instytucjami działającymi na rzecz dzieci i młodzieży. Przykładowo zaangażowaliśmy się w akcję UNICEF Polska „eMOCje w głowie”, który zwraca uwagę na profilaktykę zdrowia psychicznego, zwłaszcza w okresie dojrzewania. Celem akcji jest kształtowanie świadomości w zakresie zdrowia psychicznego młodych ludzi oraz pokazanie jak je chronić i o nie dbać.
 - Pod naszą egidą oraz z udziałem

naszej kadry powstają liczne publikacje naukowe, badawcze oraz praktyczne poradniki dla specjalistów pracujących z najmłodszymi. I tak na przykład w odpowiedzi na potrzebę przyjęcia do polskich szkół dzieci uchodźczych powstał poradnik nieodpłatnie dystrybuowany w polskich szkołach „Dziecko pod wpływem traumy”¹⁷⁹.

- Organizujemy cyklicznie konferencje i seminaria. W 2023 roku m.in. spotkaliśmy się na takich wydarzeniach jak „III Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Metod Pomocy Psychologicznej”, „I Ogólnopolska Konferencja Psychologii Klinicznej Dzieci i Młodzieży” czy „Supporting the social inclusion of children and

young people with intellectual and developmental disabilities. The importance of the interdisciplinary approach”.

¹⁷⁹ E. Odachowska-Rogalska, *Dziecko pod wpływem traumy. Poradnik dla nauczycieli, psychologów, pedagogów, placówek oświatowych i poradni psychologicznych*, Warszawa 2022. Poradnik jest dostępny do pobrania na stronie UNICEF Polska: <https://unicef.pl/content/download/54429/file/UNICEF%20Polska%20-%20Dziecko%20pod%20wp%C5%82ywem%20traumy%20-%20poradnik%20dla%20nauczyciela.pdf>.

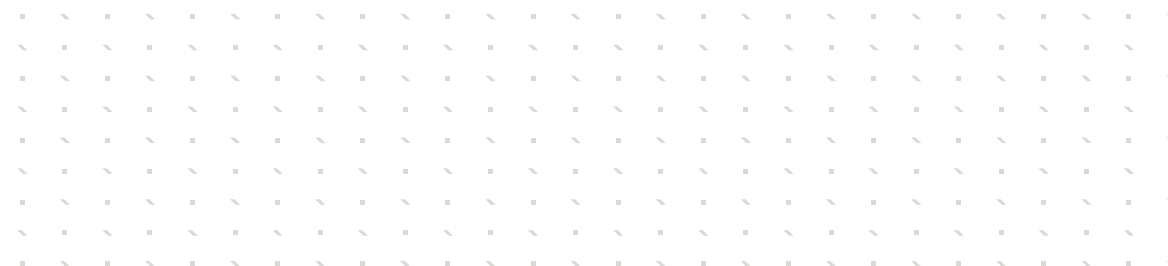
Forum Odpowiedzialnego Biznesu

Czy sektor prywatny może wspierać zdrowie psychiczne młodego pokolenia?

Biznes jest aktywnym uczestnikiem życia społecznego i poprzez swój wpływ może pozytywnie lub negatywnie wpływać na pewne procesy społeczne. Kwestie związane z kondycją psychiczną młodego pokolenia znajdują się wśród istotnych tematów zarówno dla firm, jak i ich pracowników ujętych jako element działań well-beingowych i programów prorodzinnych.



Monika Kulik
członkini Zarządu Forum
Odpowiedzialnego
Biznesu



Również poprzez swoje produkty, usługi czy sposób komunikacji firmy mogą mieć wpływ na zachowania dzieci i młodzieży. **Dlatego tak ważne jest, aby biznes miał świadomość swojej roli i we współpracy z organizacjami pozarządowymi i sektorem publicznym podejmował działania na rzecz poprawy zdrowia psychicznego młodych ludzi w Polsce.**

Z myślą o ochronie praw dziecka w Forum Odpowiedzialnego Biznesu przygotowało **Kartę Praw Dziecka w Biznesie**, zachęcając firmy i instytucje społeczne do większej uważności w obszarze przestrzegania praw dziecka w miejscu pracy, w komunikacji marketingowej, łańcuchu dostaw, działalności biznesowej i programach społecznych. Podstawą przestrzegania praw dziecka w biznesie jest uznanie podmiotowości dziecka i zapewnienie poszanowania jego godności. Prawa te są spójne i kompatybilne z uznanymi na poziomie międzynarodowym prawami człowieka i obejmują m.in.

ochronę przed przemocą, prawa osobiste i społeczne, socjalne oraz ekonomiczne.

Prawa człowieka były punktem wyjścia przy tworzeniu zapisów Karty Praw Dziecka w Biznesie. Wyraża ona wartości fundamentalne, co do których wszyscy się zgadzamy. Firmy, które dobrowolnie podpisały Kartę, deklarują, że chcą otoczyć troską i opieką najmłodszych. Karta ma uświadomić wagę tych wartości, wskazać, jaki wpływ na ich przestrzeganie w całym łańcuchu wartości mają przedsiębiorstwa, ale też zapewniać wskazówki, jak można nimi rozsądnie zarządzać. Mówiąc o korzyściach dla firmy językiem biznesu – Karta ma pomóc w zachowaniu należytej staranności (due diligence) w przestrzeganiu praw człowieka, których nieodłączną częścią są prawa dziecka. Jej treść wpisuje się w europejskie regulacje dla przedsiębiorstw związane ze zrównoważonym rozwojem, tj. CSRD (Corporate Sustainability Reporting Directive) oraz CSDDD (Corporate Sustainability Due Diligence Directive). Zarządzanie wpływem

w kontekście praw człowieka oznacza konkretne zobowiązania dla firm do respektowania tych praw, unikania ich naruszania oraz podjęcia działań naprawczych, jeśli do takich naruszeń dojdzie.

Powyższe dokumenty wprowadzają obowiązek raportowania wymaganych informacji zgodnie z Europejskimi Standardami Raportowania Zrównoważonego Rozwoju (ESRS). Mimo że żaden z ESRS nie odnosi się bezpośrednio do obszaru zdrowia psychicznego, to pewne ujawnienia (dotyczące szczególnie obszaru społecznego) w kontekście wspomnianej wcześniej sytuacji rodziców i opiekunów, mogą przełożyć się na konsekwentną poprawę warunków i jakości pracy.

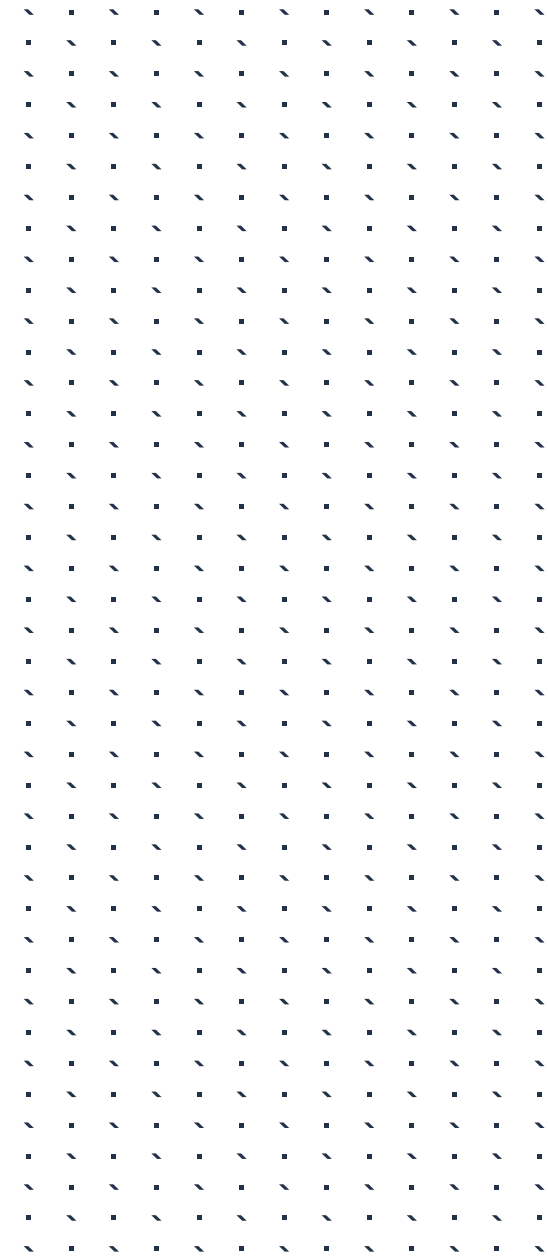
Do dobrych praktyk związanych z dbałością o dobrostan dzieci i młodzieży będziemy zaliczać wprowadzanie odpowiednich polityk i programów, ale też śledzenie najnowszych i najbardziej wskazanych przez ekspertów wytycznych. Weźmy na przykład kryzys związany

z licznymi samobójstwami wśród dzieci i młodzieży. Koncerny medialne w swoich komunikatach mogą respektować zasady wyznaczone w poradniku dla osób wypowiadających się w mediach, który powstał w ramach Zespołu roboczego ds. prewencji samobójstw i depresji przy Radzie ds. Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia. Firmy mogą także włączyć się w przeciwdziałanie temu zjawisku poprzez tworzenie rozwiązań, które zabezpieczą młodych ludzi przed szkodliwymi treściami. Mogą być to m.in. programy ochrony rodzicielskiej czy też materiały edukacyjne dotyczące zjawisk w świecie cyfrowym, którego aktywnymi uczestnikami są dzieci i młodzież. Droga do polepszenia sytuacji młodych osób może być prowadzenie odpowiedzialnego marketingu poprzez dobieranie właściwych ambasadorów swoich marek, którzy nie będą promować zachowań niewłaściwych oraz takich, które nie będą przyczyniać się do powstawania kompleksów dotyczących trudnych, a nawet niemożliwych do osiągnięcia

standardów piękna, mogących powodować liczne kompleksy, prowadzące do obniżenia nastroju, a nawet depresji. Odpowiedzialność firm może przejawiać się również w aktywnym zaangażowaniu w kampanie społeczne budujące świadomość na temat zdrowia psychicznego młodych ludzi.

Biznes – jako aktywny uczestnik życia społecznego – ma możliwość w różny sposób włączyć się w rozwiązywanie ważnych problemów społecznych dotyczących dzieci i młodzieży. Odpowiedzialny biznes jest zobowiązany, aby to robić.

<p>Forum Odpowiedzialnego Biznesu jest najdłużej działającą, od 2000 roku, i największą organizacją pozarządową w Polsce, która zajmuje się koncepcją zrównoważonego rozwoju w kompleksowy sposób. Forum to organizacja ekspercka, pozostająca inicjatorem i partnerem przedsięwzięć kluczowych dla ESG w Polsce. Ważne miejsce w działalności FOB zajmuje współpraca międzynarodowa. Od 2002 roku organizacja jest krajowym partnerem CSR Europe, a od 2009 r. współpracuje z World</p>	<p>Business Council for Sustainable Development (WBCSD). FOB jest organizatorem programu Chapter Zero Poland. Organizacja koordynuje również Kartę Różnorodności w Polsce – międzynarodową inicjatywę pod patronatem Komisji Europejskiej. W 2023 r. z inicjatywy FOB i firm partnerskich powstała Karta Praw Dziecka w Biznesie. „Działając na rzecz zrównoważonego rozwoju, inspirujemy biznes, który zmienia świat, łączymy ludzi, którzy zmieniają biznes” – tak brzmi misja organizacji.</p>
--	---



Fundacja Nie Widać Po Mnie

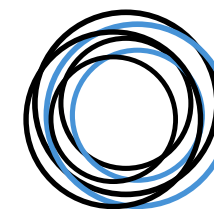
Wpływ środowiska na dobrostan najmłodszych

Stan zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce jest alarmujący. Według danych WHO 10,8% osób poniżej 18 roku życia w naszym kraju zmaga się z zaburzeniami psychicznymi.

Rodzime badania pokazują natomiast, że mogą one dotyczyć już blisko 2% dzieci w wieku 6-12 lat i aż 20% nastolatków. Drastycznie wzrosła liczba zdarzeń suicydalnych w tych grupach wiekowych. Zgodnie z danymi Komendy Głównej Policji w 2017 r. zanotowano 730 prób samobójczych wśród nieletnich. W 2023 r. było to aż 2139. Oznacza to blisko 3-krotny wzrost w ciągu zaledwie 7 lat. Jest to jeden

z elementów, który najdotkliwiej obrazuje alarmującą wręcz potrzebę reakcji.

Przy tak szybko rosnących potrzebach system staje się niewydolny. Do niedawna „środek ciężkości” opieki nad nieletnimi z zaburzeniami psychicznymi przeniesiony był przede wszystkim na placówki całodobowej opieki psychiatrycznej, gdzie pojawiał się istotny problem



FUNDACJA

NIE WIDĄĆ PO MNIE



Urszula Szybowicz
Prezes Fundacji Nie Widać Po Mnie

niedoborów kadrowych. W Polsce aktywnie w zawodzie pracuje ok. 450 psychiatrów dziecięcych na ponad 4 tys. wszystkich lekarzy o tej specjalizacji. To, wraz z niewystarczającym dofinansowaniem sektora, skumulowało problemy, których konsekwencjami tego są: długi czas oczekiwania na konsultacje, opóźniona diagnostyka oraz pomoc terapeutyczna dopiero w momencie, gdy objawy zaburzeń psychicznych ulegają znacznej intensyfikacji.

Rozwiązaniem przynajmniej części tych problemów będzie wdrażana teraz reforma opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży. Jej celami są: odciążenie oddziałów szpitalnych w opiece nad pacjentami nieletnimi, wyrównanie poziomu pomocy we wszystkich regionach kraju oraz stworzenie wyrównanego dostępu do specjalistów zdrowia psychicznego.

Ośrodki na I poziomie referencyjnym zakładają wczesną pomoc psychologiczną, która u wielu pacjentów jest wystarczająca do pokonania wyzwań, z jakimi

się mierzą. **Istotną częścią ich funkcjonowania jest terapia środowiskowa.** Tę formę pomocy popierają nie tylko lekarze psychiatry i psychologowie, ale także niezależne organizacje, takie jak Fundacja Nie Widać Po Mnie i inicjatywy propacjenckie, które najlepiej identyfikują potrzeby i oczekiwania odbiorców tego rodzaju świadczeń. Wprowadzenie funkcji terapeuty środowiskowego w Ośrodkach Środowiskowej Pomocy Psychologicznej i Psychoterapeutycznej przyniesie wielopłaszczyznowe korzyści.

Jego udział w procesie diagnostycznym wydaje się kluczowy dla szybkiego osiągnięcia prawidłowej oceny stanu zdrowia psychicznego nieletniego pacjenta. Unikamy bowiem już jego analizy w oderwaniu od otoczenia. Pogłębiona ocena, która uwzględni nie tylko stan emocjonalny pacjenta, ale udział środowiska w jego powstaniu i podtrzymaniu, pozwala szybciej dotrzeć do źródeł problemów. To istotny element do pracy z dzieckiem i osiągnięcia

rezultatów leczenia. Żadna terapia bowiem nie jest w stanie doprowadzić do założonych efektów, jeśli nadal dziecko osadzone jest w otoczeniu, które te problemy generuje i wśród czynników podtrzymujących zaburzenie.

Właściwa diagnoza jest jednocześnie kluczem do opracowania założeń i wdrożenia narzędzi procesu terapeutycznego dopasowanych do potrzeb i sytuacji dziecka. **Dzięki osadzeniu leczenia w środowisku, ulega ono mocnej indywidualizacji, jest niejako „szyte na miarę”. To z kolei może przyspieszyć osiągnięcie pożądaných efektów.**

Plan wsparcia terapeuty środowiskowego dotyczy nie tylko samego pacjenta, ale także całej rodziny. Wprowadza do leczenia takie elementy, jak pracę nad zachowaniami najbliższych, modyfikacje nawyków i postaw wszystkich domowników. Terapeuta środowiskowy obserwuje także emocje, jakie pojawiają się u wszystkich z najbliższego otoczenia. Dzięki temu pomaga im je zrozumieć,

a także ułatwia akceptację zaburzenia dziecka. Ma to istotny wpływ tak na osiągnięcie efektów terapeutycznych, jak i zbliżenie emocjonalne domowników w obliczu problemów i wyzwań.

Terapeuta środowiskowy pełni też funkcję edukatora pacjenta w zakresie przestrzegania zaleceń procesu terapeutycznego, specyfiki choroby, umiejętności obserwacji siebie i swoich potrzeb, konieczności wdrożenia zdrowych nawyków jako ważnych elementów późniejszej profilaktyki zdrowotnej. Dla najbliższych natomiast jest istotnym drogowskazem w tym, jak mogą oni pomóc członkowi rodziny z zaburzeniem, jak powinni postępować i na co zwracać uwagę w przyszłości. Eliminuje negatywne zachowania, które utrudniają osiągnięcie pożądaných efektów terapeutycznych. Do takich należą m.in. nadmierny krytycyzm, brak odpowiedniego wsparcia emocjonalnego, brak lub (przeciwnie) nadmiar kontroli, angażowanie dziecka lub nastolatka w konflikty pomiędzy rodzicami.

Redukcja takich zachowań tworzy nieletniemu pacjentowi środowisko, w którym czuje bezpieczeństwo, stabilność i wsparcie. W takim otoczeniu leczenie ma szansę przynieść najlepsze rezultaty. Nie wolno zapominać, że to właśnie rodzina jest najważniejszym terapeutą zarówno w procesie zdrowienia, jak i po jego zakończeniu. Ich zaangażowanie, czujność i świadomość redukują ryzyko nawrotu albo też zwiększają szanse na zauważenie go na wczesnym etapie, kiedy nie wymagana jest interwencja psychiatryczna i farmakoterapia.

Aby jednak I poziom referencyjny mógł spełniać swoje funkcje, ważna jest wiedza dorosłych i ich podopiecznych na temat dobrostanu, zdrowia psychicznego, a także symptomów najczęstszych zaburzeń psychicznych. Tylko ona pozwala wychwycić pierwsze, niepokojące sygnały zarówno u siebie, jak i u dzieci czy rówieśników z „ławki szkolnej”. **Z tej perspektyw warto też zwrócić uwagę na poziom referencyjny „zero”. Zakłada on szeroko**

rozumianą psychoedukację dzieci, młodzieży, nauczycieli, rodziców i opiekunów. Działania powinny uwzględniać różne formy komunikacji i dotarcia do grup odbiorców, tak aby w możliwie jak najkrótszym czasie zwiększyć świadomość ogółu społeczeństwa. Oznacza to synchroniczne i wspólne działanie resortów rządowych, placówek edukacyjnych i medycznych oraz organizacji pozarządowych, które zazwyczaj mają zasoby intelektualne i przygotowanie do działalności edukacyjnej.

Z tej idei powstała Fundacja Nie Widać Po Mnie. Zrodziła się z potrzeby przełamania tabu i głośnego mówienia o problemach, takich jak depresja, uzależnienia, lęki i fobie. Działania dydaktyczne kierujemy do różnych grup wiekowych oraz zawodowych. Odkrywamy czynniki zwiększające prawdopodobieństwo zaburzeń, a także uczymy, jak to zagrożenie zmniejszać. Szczególnym zainteresowaniem i troską obejmujemy właśnie dzieci i młodzież. Stworzyliśmy już kilkadziesiąt ebooków, nagraliśmy

tyle samo podcastów – wywiadów ze specjalistami zdrowia psychicznego, zorganizowaliśmy kilkadziesiąt warsztatów, w których mówiliśmy, m.in.: o uzależnieniach behawioralnych, emocjach w rodzinie, wpływie konfliktów na dzieci, o obciążeniach psychicznych w chorobach przewlekłych, takich jak cukrzyca typu I. Jednocześnie prowadzimy wsparcie w postaci konsultacji i terapii dla dzieci i młodzieży zmagających się z depresją. Wierzymy, że odpowiednia psychoedukacja i zwiększanie świadomości jest istotnym elementem profilaktyki zdrowotnej, która w przyszłości zahamuje tendencję wzrostową zapadalności na zaburzenia, których konsekwencje odczuwają pacjenci, rodzina i cały system opieki zdrowotnej.



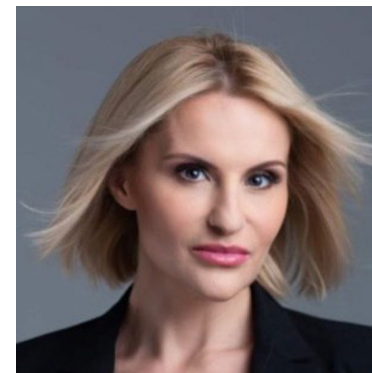
Polskie Stowarzyszenie ESG

S jak strategia zorientowana na człowieka

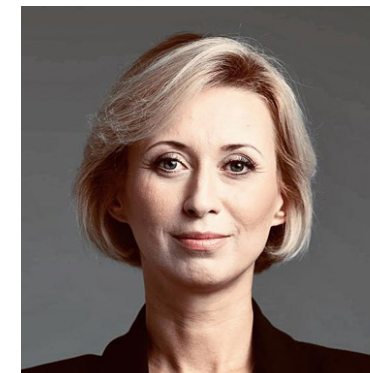
Pracownik to największy kapitał firmy, a to oznacza, że proces wdrożenia zmian w zakresie ESG wymaga dostrzeżenia i odpowiedniego reagowania na jego potrzeby. Te zaś coraz częściej dotyczą radzenia sobie z problemami życia prywatnego, także w kontekście zdrowia psychicznego dzieci.

Marek ma 13-letnią córkę, u której zdiagnozowano depresję. I choć dziewczynka jest pod stałą opieką psychologa, to z dnia na dzień, po przedawkowaniu leków, trafia do szpitala. Teraz Marek co drugi dzień

zwalnia się z pracy i na zmianę z żoną odwiedza córkę. Przełożeni wiedzą o jego problemach i starają się pomóc, mimo że regularna absencja Marka stanowi dla firmy pewne wyzwanie.



Marta Biernacka-Miernik
członkini Zarządu, Polskie
Stowarzyszenie ESG



Joanna Dargiewicz-
Rożek
członkini Zarządu, Polskie
Stowarzyszenie ESG

Przykład Marka i jego rodziny pokazuje, że świat dzieci i młodzieży nie jest dziś tak bez troski i szczęśliwy jak – zgodnie z normą społecznie-kulturową czy marketingowym przekazem – mogłoby się wydawać.

Potwierdzają to statystyki. 17% uczniów 2. klas szkoły podstawowej oraz co trzeci uczeń klas 6., określając swój nastrój w minionym tygodniu, wskazuje na poczucie smutku. Co więcej, 32% szóstoklasistów doświadcza stanu, który zniechęca ich do działania. Na apatię narzeka też co drugi licealista. 45% młodych jest przytłoczonych problemami, a 44% ma wszystkiego dość.

Z problemami zdrowia psychicznego dzieci boryka się dziś coraz więcej dorosłych, a to rzutuje na ich pracę. Dlatego też firmy, które budują strategię ESG, dużo uwagi powinny poświęcić właśnie ludziom, a więc komponentowi S (Social).

– Pracownik i jego potrzeby, często nierozdzielnie związane z rodziną i jej problemami, powinni być w centrum zainteresowania działań

odpowiedzialnych za wdrażanie ESG w firmie. Bez strategii zorientowanej na człowieka nie ma mowy o zbudowaniu tak potrzebnego do wprowadzania niezbędnych w organizacji zmian zaangażowania wśród pracowników – zauważa Joanna Dargiewicz-Rożek, członek zarządu Polskiego Stowarzyszenia ESG.

Odpowiedzialne podejście do pracowników i ich problemów wymaga uporządkowania wewnętrznych procesów i optymalizacji działań. Mówimy tu m.in. o elastycznym podejściu do wykonywania obowiązków czy określonej ścieżce udzielania pomocy pracownikom, także psychologicznej.

– Komponent S w strategii ESG firmy, również w kontekście zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, wymaga od pracodawcy działania z dużym wyczuciem i empatią. Mówimy o podejściu opartym na wzajemnym zaufaniu i dyskrecji oraz realnym działaniu. Pracownik powinien czuć, że w trudnym dla siebie momencie może liczyć na

wsparcie przełożonych – tłumaczy Marta Biernacka-Miernik, członek zarządu Polskiego Stowarzyszenia ESG.

Komponent S w strategii ESG skupia się nie tylko na warunkach zatrudnienia, wynagrodzenia czy bezpieczeństwie pracowników. Mówi także o dialogu z pracownikami, także tymi, którzy potrzebują wsparcia. Zaangażowanie ludzi to największe wyzwanie w ESG. Nie uda się go osiągnąć bez konkretnego wysiłku po stronie pracodawcy.



Fundacja Adamed

Budujemy wspierające otoczenie dla młodych osób w kryzysie psychicznym

Jak wynika z badań przeprowadzonych na zlecenie Adamed Pharma, 54% rodziców dzieci w wieku szkolnym uważa, że polskie szkoły nie zapewniają wystarczającego dostępu do usług psychologicznych, a tylko 27% rodziców potwierdziło, że szkoły, w których uczą się ich dzieci, organizowały spotkania z rodzicami w sprawie zdrowia psychicznego uczniów, np. na temat przeciwdziałania samobójstwom lub dotyczące walki z depresją.



Katarzyna Dubno
Członkini Zarządu
Fundacji Adamed,
Dyrektorka ds. Relacji
Zewnętrznych, ESG
i Ekonomiki Zdrowia
w Adamed Pharma S.A.



Agnieszka Rejer-Mellin
Kierowniczka
Komunikacji Zewnętrznej
i Zaangażowania
Społecznego Adamed
Pharma S.A.



Dodatkowo **86% respondentów uważa, że konieczne jest większe wsparcie dla szkół i rodziców w zakresie pomocy psychologicznej dzieci i młodzieży**, a 69% jest zdania, że szkoły nie zapewniają wystarczającego dostępu do usług psychologicznych.

W odpowiedzi na wyzwania związane z pogarszającym się stanem psychicznym dzieci i młodzieży Fundacja Adamed nawiązała współpracę z wiodącymi ekspertami z dziedziny suicydologii działającymi w ramach serwisu Życie Ważne Jest Rozmowy. Dzięki temu partnerstwu Fundacja Adamed jesienią 2023 r. uruchomiła projekt, jakim jest „Wspierająca Szkoła”. Inicjatywa zyskała patronat Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego. Jej partnerem jest Adamed Pharma.

„Wspierająca Szkoła” to pierwszy w Polsce kompleksowy program dotyczący zapobiegania zachowaniom samobójczym wśród dzieci i młodzieży. Jego

cele to: budowanie świadomości w temacie dobrostanu psychicznego wśród dzieci, młodzieży, nauczycieli i rodziców; przekazanie dorosłym i młodzieży narzędzi do zapobiegania zachowaniom ryzykownym; profilaktyka zachowań samobójczych; a także nauczenie dorosłych, jak być wsparciem dla młodych osób w kryzysie psychicznym, jak udzielać i gdzie szukać pomocy.

Założeniem programu jest wyposażenie dorosłych w wiedzę niezbędną do niesienia pomocy młodzieży w kryzysie psychicznym poprzez organizację szkoleń i konsultacji o tej tematyce, przygotowanie spersonalizowanego planu interwencji kryzysowej dla danej placówki, pomoc w uruchomieniu zespołu kryzysowego, a także wyposażenie wszystkich zainteresowanych stron w materiały edukacyjne. Szkoła, która skorzysta z całego pakietu, na zakończenie programu otrzymuje certyfikat „Wspierająca Szkoła”, poświadczający uczestnictwo placówki, jej kadry dydaktycznej

oraz rodziców w programie. Jest on jednak przede wszystkim sygnałem, że w danej szkole temat zdrowia psychicznego uczniów ma równie wysoki priorytet co jakość nauczania.

W ramach programu Wspierająca Szkoła **każda z placówek biorących udział w danej edycji otrzymuje pakiet bezpłatnych świadczeń:**

- webinar skierowany do dyrektorów szkół na temat zjawiska zachowań samobójczych oraz założeń programu Wspierająca Szkoła;
- szkolenia skierowane do pracowników szkoły, w tym: dyrektorów lub wicedyrektorów, nauczycieli, psychologów, pedagogów i pielęgniarek szkolnych, o tematyce kryzysów psychicznych u młodych osób, wsparcia dzieci i młodzieży powracających do szkoły po próbie samobójczej, współpracy z rodzicem ucznia w kryzysie, a także dobrostanu psychicznego nauczyciela;
- webinar dla rodziców dotyczący rozpoznawania symptomów

kryzysu emocjonalnego u dziecka i nastolatka;

- wsparcie eksperckie w stworzeniu procedury kryzysowej i powołaniu zespołu kryzysowego w szkole;
- pakiet bezpłatnych konsultacji dla rodziców i pracowników szkoły w przypadku samobójstwa, próby samobójczej bądź zachowań autodestrukcyjnych u dzieci i młodzieży;
- pakiet bezpłatnych konsultacji dla pracowników szkoły w przypadku kryzysu psychicznego i wypalenia zawodowego.

Pilotaż programu „Wspierająca Szkoła” trwał od września do grudnia 2023 r. w pięciu szkołach w województwie mazowieckim oraz łódzkim. Wzięło w nim udział ponad 170 przedstawicieli kadry pedagogicznej i 150 rodziców, którzy uczestniczyli łącznie w ponad 80. godzinach szkoleń. Oprócz kursów przeprowadzonych przez wieloletnich praktyków i ekspertów w dziedzinie suicydologii placówki uzyskały także profesjonalne wsparcie w stworzeniu procedury kryzysowej i powołaniu zespołu kryzysowego

w szkole oraz dostęp do materiałów edukacyjnych opracowanych specjalnie na potrzeby programu „Wspierająca Szkoła”.

Placówki, które skorzystały z pełnego pakietu oferowanego w ramach pilotażu programu, otrzymały certyfikat „Wspierająca Szkoła”. 19 lutego 2024 r., w obecności przedstawicieli Ministerstwa Edukacji Narodowej, w tym minister Barbary Nowackiej, prezydenta Pabianic, przedstawicieli Sejmu i Senatu RP oraz członków Fundacji Adamed i serwisu Życie Warto Jest Rozmowy, certyfikat odebrali dyrektorzy trzech szkół w Pabianicach: Szkoły Podstawowej nr 16 z Oddziałami Integracyjnymi im. Tadeusza Kościuszki, II Liceum Ogólnokształcącego im. Królowej Jadwigi oraz Zespołu Szkół Nr 2 im. prof. Janusza Groszkowskiego. Certyfikat otrzymała również Społeczna Szkoła Podstawowa nr 26 im. prof. Jigoro Kano STO w Warszawie.

W kwietniu 2024 r. rozpoczęła się I edycja 2024 r. Przystąpiło do niej 20 placówek, obejmując swoim zasięgiem wszystkie województwa. Współorganizatorzy programu podejmują wysiłki w zebraniu kolejnej transzy finansowania, która pozwoli uruchomić następną edycję programu jeszcze w 2024 r.

Program skierowany jest do szkół podstawowych i ponadpodstawowych. Swoim zasięgiem obejmuje osoby w kryzysie psychicznym, ich rówieśników, rodziców i pracowników placówek oświatowych: dyrektorów, nauczycieli, pedagogów, psychologów szkolnych itd. **Dodatkowo, dzięki ogólnodostępnym treściom edukacyjnym na stronie wspierajacaszkoła.pl, mogą się z nim zapoznać wszystkie osoby zainteresowane tą tematyką.** Polecamy dostępne do pobrania na stronie projektu m.in. następujące poradniki:

- **Pierwsza Pomoc Emocjonalna**
Zawiera wskazówki dotyczące podejmowania przez dorosłych różnorodnych interwencji wobec dzieci i nastolatków w kryzysie emocjonalnym. Opisywane w poradniku zagadnienia obejmują wiedzę, jak rozpoznać kryzys emocjonalny u młodej osoby, jak się z nią komunikować oraz jak budować pozytywne relacje. Atutem poradnika jest jego praktyczny wymiar pozwalający na natychmiastowe zastosowanie wskazówek podczas codziennego kontaktu z dziećmi i młodzieżą.
- **Wsparcie ucznia po próbie samobójczej**
Jest skierowany do nauczycieli i specjalistów szkolnych. Podejmowane w poradniku zagadnienia opisują kluczowe działania możliwe do podjęcia przez grono pedagogiczne wobec uczniów po próbie samobójczej

oraz praktyczne narzędzia w kontakcie z nimi. Ważną częścią publikacji jest także wskazanie działań profilaktycznych w szkole zapobiegających zachowaniom samobójczym młodych osób.

- **Samouszkodzenia u dzieci i młodzieży – zrozumieć, żeby dobrze reagować**
Poradnik skierowany do nauczycieli i specjalistów szkolnych. Zostały w nim opisane interwencje, jakie pracownicy szkoły mogą podjąć w obliczu obecności samouszkodzeń lub ich podejrzenia u swoich uczniów i uczennic. Ważną częścią publikacji jest również wskazanie działań szkoły w reakcji na zjawisko naśladowania zachowań autodestrukcyjnych („zarażania się” zachowaniami) w grupie rówieśniczej.

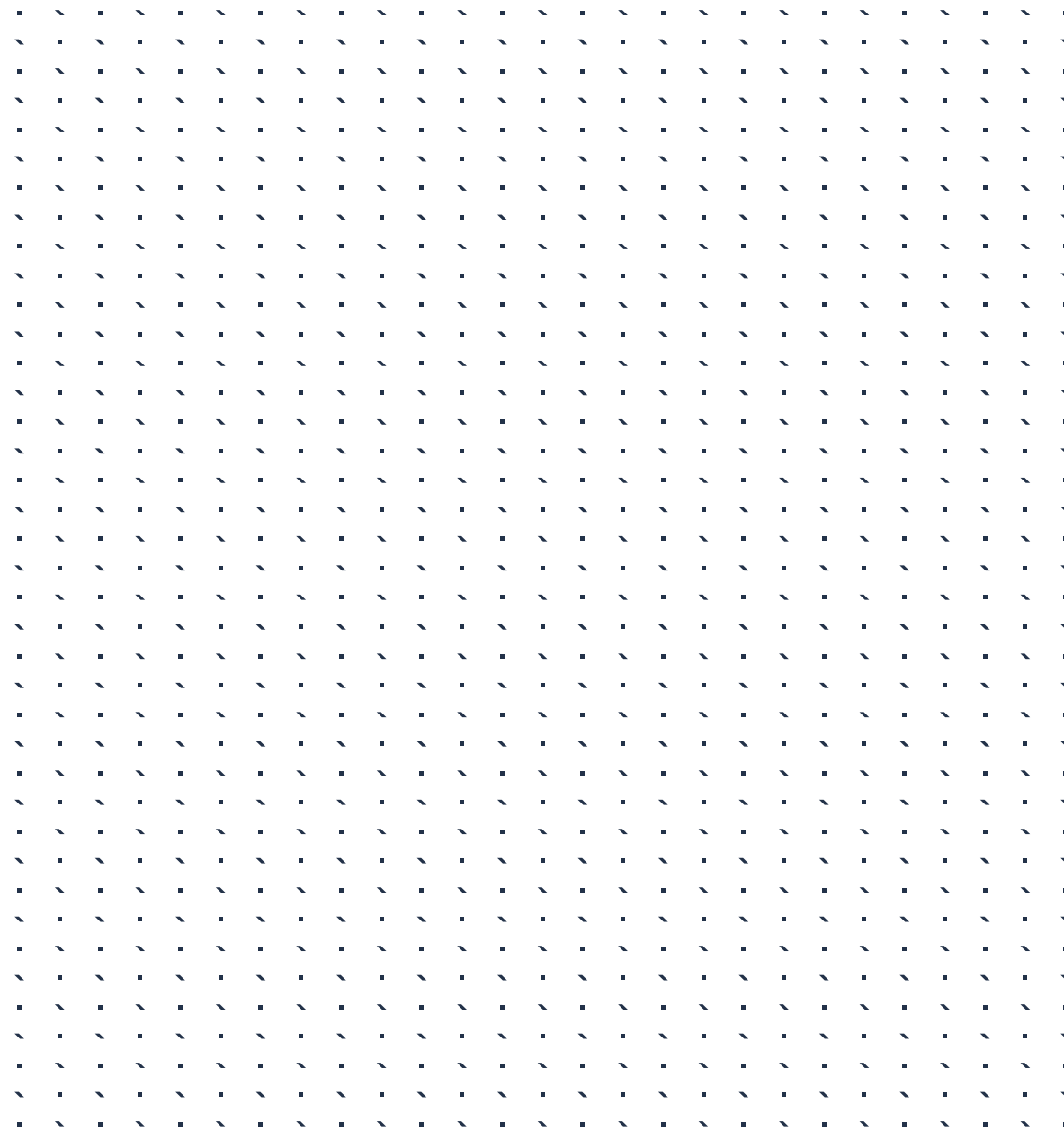
■ **Jak rozmawiać z rodzicem ucznia w kryzysie**

Kolejna pozycja dedykowana nauczycielom i specjalistom szkolnym. Tematyka poradnika koncentruje się na zagadnieniach związanych zarówno ze zrozumieniem istoty oporu u rodzica dziecka w kryzysie, zauważeniem sygnałów jego wystąpienia, jak i umiejętnym przeciwdziałaniu jego skutkom. Istotnym elementem publikacji jest omówienie zasad współpracy i motywujących technik postępowania z rodzicami w oporze.

młodych osób w niezbędne wskazówki i narzędzia ułatwiające im podejmowanie adekwatnych działań w obliczu wystąpienia kryzysu emocjonalnego w grupie rówieśniczej.

■ **Wsparcie rówieśnicze**

Poradnik kierowany do młodych osób, które każdego dnia mają kontakt z rówieśnikami doświadczającymi trudności emocjonalnych. Treści poruszane w tej publikacji koncentrują się na trzech zagadnieniach: jak rozpoznać kryzys u koleżanek i kolegów, jak z nimi rozmawiać oraz jak okazać im wsparcie i udzielić pomocy. Celem poradnika jest wyposażenie



Benefit Systems



Dr Tomasz Półgrabski
Head of ESG and
Public Affairs w Benefit
Systems, Prezes Fundacji
MultiSport

Jak aktywność fizyczna może pomóc w ochronie zdrowia psychicznego?

Według Światowej Organizacji Zdrowia jednym z kluczowych zagrożeń współczesnej cywilizacji jest hipokinezja, czyli zbyt niski poziom aktywności fizycznej. Ten problem dotyczy dziś wszystkich pokoleń.

Według Światowej Organizacji Zdrowia jednym z kluczowych zagrożeń współczesnej cywilizacji jest hipokinezja, czyli zbyt niski poziom aktywności fizycznej. Ten problem dotyczy dziś wszystkich pokoleń. Zgodnie z raportem MultiSport Index 2023, 36% dorosłych mieszkańców Polski nie podejmuje

żadnej aktywności fizycznej nawet raz w miesiącu. Ponadto, jak wynika z badania Eurobarometru na zlecenie UE, ponad 30% Polaków spędza w pozycji siedzącej co najmniej 5,5 godziny dziennie lub więcej. Sytuacja nie wygląda lepiej w przypadku najmłodszych - **jedynie 17% dzieci i młodzieży w Polsce**



wypełnia podstawowe zalecenia dotyczące aktywności fizycznej, które obejmują co najmniej godzinę wysiłku fizycznego każdego dnia¹⁸⁰.

Z danych warszawskiej Akademii Wychowania Fizycznego wynika, że aż 94% dzieci wykazuje niewystarczający poziom sprawności fizycznej, czego konsekwencją jest brak fundamentalnych umiejętności ruchowych. Zbyt niski poziom aktywności i sprawności fizycznej niesie za sobą wiele dotkliwych i długofalowych skutków zdrowotnych oraz społecznych. Wysiłek fizyczny jest jednym z kluczowych czynników obniżających ryzyko występowania chorób cywilizacyjnych, takich jak: cukrzyca, choroby układu krążenia, otyłość czy depresja, które dotyczą coraz młodsze osoby. Jest też koniecznym elementem prawidłowego rozwoju psychofizycznego.

¹⁸⁰ Dane Global Matrix 4.0 <https://www.activehealthykids.org/wp-content/uploads/2022/10/Poland-report-card-long-form-2022.pdf>.

Ruch jako profilaktyka zdrowia fizycznego i psychicznego

Regularna aktywność fizyczna wspiera rozwój mięśni i kości, rozwija motorykę i dodatkowo stymuluje transport substancji odżywczych w całym organizmie. Aktywność fizyczna ma także duży wpływ na rozwijanie całego układu nerwowego z mózgiem na czele, a co za tym idzie także umiejętności poznawczych. Ruch pozytywnie wpływa na koncentrację, pamięć i kreatywność dzieci – czyli te elementy, które ułatwiają dzieciom m.in. przyswajanie wiedzy. Naukowcy z Uniwersytetu w Illinois dowiedli, że już 20 minut marszu o umiarkowanej intensywności ma znaczący wpływ na poprawę aktywności mózgu dzieci i ich wyniki w szkolnych testach sprawdzających umiejętność liczenia, pisanie i czytania. Największa różnica wśród badanych dotyczyła prób czytania. Dzieci, które spacerowały przed przystąpieniem do testu, zdobywały średnio o jedną ocenę wyżej ze sprawdzianu, niż uczniowie pozostający w bezruchu.

Już dziś wiemy, że hormony i substancje chemiczne wyzwalane w czasie wysiłku fizycznego nie tylko wspierają pracę umysłu, ale także zdrowie psychiczne. Badania opublikowane w The Lancet Psychiatrii pokazują, że nastolatki prowadzące siedzący tryb życia mogą być bardziej zagrożone depresją niż ich aktywni fizycznie rówieśnicy. W ramach badania naukowcy z University College w Londynie wykazali, że każda dodatkowa godzina spędzona na siedząco w wieku 12 lub 14 lat wiąże się ze wzrostem ryzyka objawów depresji około 18. roku życia – odpowiednio o 8% i 11%. Z kolei każde dodatkowe 60 minut umiarkowanej aktywności fizycznej zmniejsza to ryzyko – również odpowiednio o 8% i 11%¹⁸¹.

Aktywność fizyczna pomaga także w łagodzeniu codziennego stresu – aż 95% aktywnych fizycznie Polaków uważa, że regularny ruch

¹⁸¹ [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30034-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30034-1/fulltext).

wpływa pozytywnie na to, jak się czujemy, a według 89% redukuje stres i negatywne emocje (MultiSport Index 2023).

ROSNĄCY PROBLEM ZWOLNIEŃ Z WF-U

Mimo rosnącej świadomości w zakresie wpływu aktywności fizycznej na zdrowie i rozwój dzieci, bezruch wśród najmłodszych wciąż pozostaje aktualnym problemem. Wyraźnie obserwujemy go w statystykach związanych ze zwolnieniami z lekcji WF-u, mimo faktu, że dla wielu dzieci mogą być one jedyną, zorganizowaną formą aktywności. Badania przeprowadzone przez Benefit Systems pokazały, że monotonia zajęć i niedopasowanie intensywności wysiłku do możliwości dzieci to jedne z głównych powodów niechęci do uczestnictwa w lekcjach wychowania fizycznego.

Z drugiej strony, najmłodszy jasno wskazują, że chętnie wzięliby udział w lekcjach WF, jeśli tym towarzyszyłaby dobra zabawa oraz różnorodny i atrakcyjny sposób

ich prowadzenia. Wsluchując się w głos dzieci, a także wyciągając wnioski z wieloletnich doświadczeń w aktywizowaniu różnych pokoleń, organizujemy program Aktywne Szkoły MultiSport, który aktualnie prowadzony jest przez Fundację MultiSport założoną przez Benefit Systems. W jego ramach zapraszamy uczniów pomiędzy 12. a 19. rokiem życia i ich nauczycieli do skorzystania z lekcji WF-u w klubach fitness – naszym celem jest zachęcanie uczniów do aktywności fizycznej w nowoczesny sposób. Wierzymy, że dzięki takiemu działaniu dzisiejsi nastolatki mają większą szansę pozostać aktywnymi, a przez to także zdrowymi dorosłymi w przyszłości. W ramach lekcji WF uczniowie odwiedzają kluby fitness należące do Benefit Systems (m.in. Zdrofit, Fabrykę Formy, Fitness Academy, Fit Fabric, My Fitness Place), gdzie pod okiem wykwalifikowanych trenerów uczestniczą w zajęciach tanecznych, rozwijających koordynację wzrokowo-ruchową czy zajęciach ogólnorozwojowych typu cross. Jednymi z ulubionych zajęć wśród młodzieży biorącej

udział w naszych zajęciach są te z kategorii Body&Mind. Pomagają one nie tylko pracować nad ciałem, sprawnością i siłą, ale także nad emocjami. Identyfikowanie emocji, w tym świadome ich przeżywanie i wyciszenie, to bezcenna umiejętność dla młodych ludzi, konfrontujących się na co dzień z licznymi obowiązkami, wymaganiami oraz presją społeczną. Jednocześnie praca z ciałem i uczuciami to jeden ze sposobów profilaktyki zaburzeń emocjonalnych oraz wzmacniania kondycji psychicznej. W 2023 r. Fundacja MultiSport przeprowadziła łącznie 2273 godziny zajęć w ramach Aktywnych Szkół MultiSport, w których wzięło udział 4032 dzieci i młodzieży z sześciu województw: mazowieckiego, łódzkiego, małopolskiego, wielkopolskiego, śląskiego, a także dolnośląskiego.

To jednak nie wszystko. W Benefit Systems, tworząc program MultiSport od ponad dwóch dekad, wspieramy pracowników i ich bliskich w prowadzeniu aktywnego trybu życia. Użytkownicy

popularnej karty MultiSport, których jest już w Polsce ponad 1,5 mln, mogą dodatkowo korzystać ze specjalnych kart sportowych, takich jak MultiSport Kids czy MultiSport Student, zapewniających dzieciom i młodemu dorosłemu dostęp do tysięcy obiektów sportowych i różnorodnych form aktywności.



GŁOS EKSPERTÓW

Ruch jako czynnik antydepresyjny

Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie od kilkadziesiąt lat prowadzi regularne badania kondycji fizycznej dzieci i młodzieży w Polsce. W czasie pandemii uruchomiono dodatkowo program, wspierany aktualnie przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, noszący nazwę „WF z AWF: Aktywny dzisiaj dla zdrowia w przyszłości”.

Wyniki badań, realizowane corocznie na ponad 100 tys. dzieci i młodzieży, wskazały na bardzo niski poziom sprawności fizycznej. Porównanie wyników z badaniami realizowanymi w 2010 roku wykazało wyraźne obniżenie sprawności fizycznej, w szczególności testu wytrzymałości (wydolności krążeniowo-oddechowej). Zespół ekspertów realizujący program, poza standardowymi ocenami sprawności fizycznej, podjął się poszukiwań przyczyn aktualnego dramatycznego

stanu kondycji fizycznej. W związku z tym opracowano baterię testów Fundamentalnych Umiejętności Ruchowych (FUS), która umożliwiła jakościową ocenę opanowania podstawowych umiejętności ruchowych takich jak bieganie, skakanie, rzucanie itp. Wyniki badań wykazały, iż 94% dzieci w wieku 6-12 lat nie osiąga tzw. podstawowego poziomu kompetencji ruchowych. Okazało się, iż tak proste czynności jak skakanie przez skakankę czy przewrót w przód stanowią problem dla większości młodego społeczeństwa. Przyczyny takiego stanu nie wynikają wyłącznie z pandemii ograniczającej aktywność fizyczną oraz kontakty społeczne, ale przede wszystkim są wynikiem postępującego dynamicznie rozwoju cywilizacji, technologii, którego konsekwencją jest istotne ograniczenie aktywności fizycznej. Grupa kilkadziesiąt ekspertów z całej Polski opracowała konkretne rekomendacje i wdrożenia,

pozwalające na poprawę dramatycznej sytuacji. Rekomendacje wskazują na podjęcie systemowych, kompleksowych i międzyresortowych działań, koncentrujących się na innowacyjnych rozwiązaniach. Ważnym aspektem poprawy kondycji fizycznej i zdrowia, wzorem innych krajów, jest potrzeba wdrażania tzw. alfabetu ruchowego. Alfabet ruchowy (z ang. physical literacy) umożliwia zmianę podejścia do aktywności fizycznej, zajęć wychowania fizycznego w szkole, a przede wszystkim daje możliwość nabywania nawyku regularnej potrzeby aktywności fizycznej.

Program „WF z AWF: Aktywny dzisiaj dla zdrowia w przyszłości” wychodzi naprzeciw potrzebom społecznym i wskazuje na alarmująco niski poziom kondycji fizycznej i zdrowia młodego społeczeństwa. Jednocześnie poza rekomendacjami, wskazuje na



prof. dr hab. Bartosz Molik

Rektor AWF (2020-2024)

innowacyjne rozwiązania, promuje przykłady dobrych praktyk jak np. aktywne przerwy, aktywne lekcje itp. Podkreśla również istotną rolę i wpływ aktywności fizycznej na możliwości przyswajania wiedzy oraz zdrowie psychiczne. Dowody naukowe dowodzą, iż poranne zajęcia wychowania fizycznego lub gimnastyka poranna wpływają korzystnie na umiejętności przyswajania wiedzy. Co więcej, regularne zajęcia ruchowe są czynnikiem antydepresyjnym wpływającym na zdrowie społeczeństwa.

LPP

Wspieramy zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży

Misją Fundacji jest niesienie pomocy ludziom w trudnych sytuacjach życiowych oraz aktywizacja zawodowa. Głównymi beneficjentami tych działań są dzieci i młodzież z domów dla dzieci, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym oraz społeczności z województwa pomorskiego, gdzie znajdują się centrala LPP i Centrum Dystrybucyjne.

Dodatkowo działania prowadzone są na terenie Małopolski, a przede wszystkim Krakowa, w którym mieszczą się siedziby marek House i Mohito. Swoją działalność Fundacja poszerza także o społeczności lokalne oddziałów w Brześciu Kujawskim i Jasionce. W każdym z tych miejsc realizowane są projekty skierowane

do młodych osób znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej. Wsparcie kierowane jest również do placówek medycznych i organizacji opiekujących się zwierzętami.

Fundacja realizuje projekty własne, ale podejmuje też współpracy partnerskie oraz dodatkowe



Patrycja Zbytniewska
liderka ds.
zrównoważonego
raportowania i relacji
z otoczeniem, prezeska
Fundacji LPP

przedsięwzięcia angażujące pracowników i zasoby firmy. Działania z przedsiębiorstwami społecznymi, fundacjami czy stowarzyszeniami umożliwiają prowadzenie projektów o szerszym zakresie, a zatem o większym zasięgu społecznym. Szczególną formą zaangażowania Fundacji są realizowane projekty wolontariatu pracowniczego. Z każdym rokiem zyskuje on na popularności wśród osób zatrudnionych w LPP, które dzielą się swoim czasem, talentami i umiejętnościami. W 2023 roku 750 wolontariuszy przepracowało ponad 10 tys. godzin.

Analizując tylko 2023 rok, największą kwotę darowizn Fundacja LPP przeznaczyła na cele związane ze wsparciem społeczności lokalnej oraz wyrównywanie szans społecznych. Dodatkowym priorytetem Fundacji było wspieranie dobrostanu psychicznego dzieci i młodzieży. Fundacja współpracowała z ekspertami oraz ze specjalistycznymi placówkami, które pomagają młodym osobom rozwijać zdrowe mechanizmy radzenia sobie

w życiu. Wśród najważniejszych inicjatyw warto wskazać Telefon Zaufania Młodych oraz Niebieskie Trampki.

Telefon Zaufania Młodych

Telefon Zaufania Młodych to inicjatywa, którą od 2021 roku realizują marka Reserved i Fundacja ITAKA. Zaangażowani w nią psychologowie odbyli już ponad 18 tys. rozmów telefonicznych, ponad 3 tys. rozmów na czacie i ponad 1,5 tysiąca konsultacji, pomagając młodym osobom w przetrwaniu kryzysów psychicznych. Projekt od 2023 roku jest kontynuowany dzięki dodatkowemu finansowaniu go ze środków Fundacji LPP. Decyzja ta była podyktowana nasilającymi się sygnałami o rosnącym zapotrzebowaniu na pomoc psychologiczną i psychiatryczną, szczególnie wśród młodzieży i młodych dorosłych. Dyżurujący specjaliści są dostępni 5 dni w tygodniu w godzinach 13:00–20:00. Dzięki temu młodzi ludzie mogą nawiązać z nimi kontakt w najdogodniejszym momencie,

bez świadków. Mogą też wybrać konsultacje telefoniczne lub online, które wiele osób uznaje za bardziej komfortowe.

Niebieskie Trampki

Niebieskie Trampki to projekt Fundacji Oparcia Społecznego Aleksandry FOSA, wspierany przez UNICEF, którego celem jest zapobieganie samobójstwom wśród dzieci i młodzieży. W grudniu 2023 roku we współpracy Fundacji LPP z Fundacją FOSA, miastem Gdańsk oraz Galerią Metropolia uruchomiono wsparcie i pomoc psychologiczną dla nastolatków. W ten sposób powstał klub „Niebieskie Trampki w Metropolii”, którego całoroczne finansowanie zapewnia Fundacja LPP, a lokal bezpłatnie przekazany został przez Galerię. Projekt (pierwszy klub działa od dwóch lat w centrum handlowym FORUM w Gdańsku) jest reakcją na istniejące braki w dostępie do pomocy psychologicznej i stanowi kolejny krok w działaniach Fundacji na rzecz młodzieży w regionie pomorskim. Organizuje się tam warsztaty tematyczne, turnieje,

a także spotkania edukacyjne poświęcone zdrowiu psychicznemu. Przede wszystkim jednak możliwe są bieżące rozmowy z psychologami w przyjaznej przestrzeni.

Fundacja LPP jest również partnerem dorocznego koncertu z okazji pierwszego dnia wiosny „Niebieskie Trampki – kroki ku życiu”, podczas którego młodzi ludzie mogą wziąć udział w warsztatach kreatywnych oraz porozmawiać z psychologami. W 2023 roku dodatkowym punktem współpracy była kampania społecznej „Sit and Talk” skierowana do młodzieży oraz ich rodziców w zakresie prewencji zachowań autoagresywnych i samobójczych. Kluczowe treści zostały przetłumaczone na język ukraiński, aby kampania była dostępna dla mieszkającej w Gdańsku młodzieży z Ukrainy, borykającej się z traumą wojenną i codziennością dojrzwania.

Autorskie programy Fundacji

Sześćoletnia działalność Fundacji LPP opiera się na strategicznych celach takich jak rozwój

pracowniczego wolontariatu czy kontynuacja kluczowych programów pomocowych, w tym tych dotyczących zdrowia psychicznego. Jednym z nich jest autorski program „Moda na lepszy start”.

Projekt narodził się w 2021 roku i od początku skierowany jest do podopiecznych domów dla dzieci Gdańskiej Fundacji Innowacji Społecznej, Fundacji „Rodzinny Gdańsk” oraz Fundacji dla Rodziny „Ogniska Nadziei”. Głównym celem jest zapewnienie młodzieży lepszego startu w dorosłe życie i wyrównywanie szans społecznych poprzez zapewnianie funduszy na edukację, ochronę zdrowia i rozwijanie pasji, m.in. poprzez realizację terapii psychologicznych, kursów zawodowych, zajęć edukacyjnych i wizyt lekarskich. W październiku 2023 roku do programu dołączyła kolejna organizacja – Towarzystwo Nasz Dom z Krakowa. Dzięki środkom przekazywanym przez Fundację LPP podopieczni placówek opiekuńczo-wychowawczych w Krakowie mogą również rozwijać swoje umiejętności

i pasje oraz uczestniczyć w różnorodnych zajęciach edukacyjnych, terapeutycznych i rozwojowych. W samym 2023 roku odbyło się ponad 4,3 tys. godzin zajęć dla 278 podopiecznych w wieku od 5 do 19 lat z 20 domów dla dzieci.

Działania na rzecz dzieci i młodzieży realizowane są również poprzez Minigranty – program wolontariatu pracowniczego, w ramach którego osoby pracujące w LPP mogą zgłaszać do konkursu własne pomysły i projekty wolontariackie na rzecz społeczności lokalnych, a w przypadku wygranej otrzymać grant w wysokości do 5 tys. zł na ich realizację. Od 2019 roku zrealizowano w ten sposób sześć edycji, w które zaangażowało się 185 pracowników, realizując 44 projekty. Łączne dofinansowanie wyniosło blisko 220 tys. złotych. W roku 2023, podczas kolejnej edycji konkursu, dofinansowanie na łączną kwotę blisko 50 tys. złotych otrzymało 10 projektów, w tym m.in. kompleksowe sprzątnięcie Domu im. Jana Korczaka w Gdańsku dla dzieci chorych i niepełnosprawnych oraz

organizacja warsztatów kaligrafii dla dzieci z Sopotkiego Ogniska Plastycznego.



LPP to polska firma rodzinna z branży odzieżowej, od 30 lat dynamicznie rozwijająca się w Polsce i za granicą. Spółka zarządza 5 markami miodowymi: Reserved, Cropp, House, Mohito i Sinsay, których oferta dostępna jest w sprzedaży stacjonarnej i online na blisko 40 rynkach. LPP to dzisiaj ponad 2200 salonów na 3 kontynentach i blisko 43 tys. osób w biurach i strukturach sprzedaży w Polsce, krajach Europy, Azji i Afryki. Za realizację inicjatyw społecznych spółki odpowiada Fundacja LPP. Od chwili powstania w 2017 roku realizuje projekty o zasięgu lokalnym, regionalnym i ogólnopolskim w trzech głównych obszarach obejmujących wyrównywanie szans społecznych i działania na rzecz otoczenia lokalnego, ochronę zdrowia oraz ekologię i ochronę środowiska. Więcej o działaniach Fundacji LPP na www.lpp.com.

Centrum Zdrowia Psychicznego MindHealth

Szpital z oddziałami psychiatrycznymi Centrum Zdrowia Psychicznego MindHealth

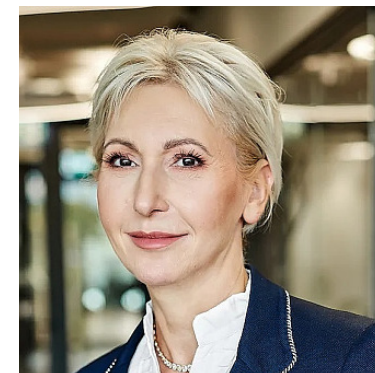
W Polsce żyje około 7,5 mln dzieci i młodzieży. Dane WHO wskazują, że 20% osób z tej grupy wiekowej cierpi na szeroko pojęte zaburzenia psychiczne, z czego 50% wszystkich objawia się po raz pierwszy przed ukończeniem 14 lat.

W raporcie NIK z kontroli dostępności leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży w latach 2017–2019 oszacowano, że blisko 9%, czyli ok. 670 tys. dzieci i młodzieży poniżej 18 roku życia wykazuje zaburzenia psychiczne wymagające profesjonalnej pomocy

psychiatrycznej i psychologicznej¹⁸².

Klasyfikacja ICD-11 wymienia ok. 250 zaburzeń uporządkowanych

¹⁸² M. Łoskot, *Najczęstsze zaburzenia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży*, Głos Pedagogiczny 2020.



Prof. Dr hab. Ewa Mojs
Dyrektor ds. psychologii
i psychoterapii, Szpital
MindHealth



Mgr Dorota
Wiśniewska-Szeplewicz
Dyrektor Szpitala
MindHealth

według 20 rozpoznanych kategorii. W grupie dzieci i młodzieży najczęściej występują: zaburzenia lękowe, a wśród nich lęk przed separacją w dzieciństwie; zaburzenia obsesyjno-kompulsywne; zaburzenia zachowania; zaburzenia odżywiania, w tym jadłowstręt psychiczny (anoreksja); żarłoczność psychiczna (bulimia); kompulsywne objadanie się; zaburzenia depresyjne, w tym myśli i próby samobójcze; uzależnienia.

Wiele osób cierpi na więcej niż jedno zaburzenie psychiczne, co może utrudniać diagnozę i leczenie oraz obniżać jakość życia. Należy pamiętać, że dane te mogą nie oddać pełnej skali problemu, ponieważ wiele zaburzeń psychicznych pozostaje niediagnozowanych i nieleczonych¹⁸³.

W Polsce istnieje system bezpłatnej opieki zdrowotnej dla osób ubezpieczonych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ).

183 Tamże.

Jakie są formy leczenia dzieci i młodzieży?

- psychoterapia indywidualna: dziecko spotyka się z terapeutą, aby omówić swoje trudności i uczucia;
- psychoterapia grupowa: dzieci i młodzież mogą uczestniczyć w grupach terapeutycznych, gdzie dzielą się swoimi doświadczeniami i uczą się od siebie nawzajem;
- terapia rodzin: cała rodzina jest zaangażowana w proces leczenia, co pomaga w rozwiązywaniu konfliktów, komunikacji i zrozumieniu potrzeb każdego członka rodziny;
- farmakoterapia: decyzja o jej zastosowaniu zależy od diagnozy i oceny lekarza;
- Ośrodki Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej: poradnie, które obejmują opieką dzieci, młodzież i ich rodzinę w przypadku niepokojących objawów związanych z zaburzeniami zachowania oraz innymi problemami natury psychicznej;

- świadczenia stacjonarne (szpitale psychiatryczne): gdzie leczeni są pacjenci wymagający stałej obserwacji i opieki; w niektórych szpitalach organizowane są formy leczenia w ramach dziennego pobytu, tj. dzieci przebywają na oddziale kilka godzin a następnie wracają do swoich rodzin i szkół.

Co oferujemy jako Szpital Mindhealth?

ODDZIAŁ DZIENNY 16-24 LATA

Zaprojektowany oddział dziennego pobytu służyć będzie młodzieży w wieku 16-24 lata z różnego typu zaburzeniami, a także zaburzeniami depresyjnymi, lękowymi, osobowości i innymi.

Występowanie zaburzeń odżywiania w populacji wynosi około 5%, a najczęściej są to zaburzenia z napadami objadania się, bulimia oraz anoreksja. W znaczącej większości choroba występuje u kobiet (nawet 90%). Objawy zazwyczaj pojawiają się w okresie dojrzewania lub wczesnej dorosłości. W ostatnich latach obserwuje się

wzrost zachorowań również w Polsce. Leczenie zaburzeń odżywiania wymaga wielospecjalistycznych oddziaływań – farmakoterapii, psychoterapii, psychoedukacji. Najwyższą skuteczność procedur terapeutycznych odnotowuje się, gdy pacjent ma do nich dostęp równocześnie w warunkach leczenia otwartego, półotwartego.

Zaburzenia depresyjne występują u około 8% u nastolatków (w wieku 13-18 lat). Częściej chorują dziewczęta niż chłopcy. Objawy mogą obejmować: smutek, przygnębienie, płaczliwość, drażliwość, zubożenie, apatię, zmniejszenie zdolności do przeżywania radości oraz ograniczenie aktywności, które wcześniej były ważne lub przyjemne. W przebiegu depresji występują myśli, a niekiedy również próby samobójcze. Dość często obserwuje się także współwystępowanie depresji z innymi zaburzeniami, takimi jak zaburzenia zachowania, może to, w przypadku nieleczenia, prowadzić do większego ryzyka niedostosowania społecznego i konfliktów z prawem. Leczenie tych zaburzeń obejmuje

farmakoterapię, psychoterapię indywidualną, grupową, niekiedy rodzinną, interwencje środowiskowe.

Na oddział dzienny przyjmowani będą pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych, odżywiania czy innych w sposób planowy. Do przyjęcia na turnus terapeutyczny kwalifikować będzie psycholog podczas wizyty ambulatoryjnej. W pierwszym dniu leczenia lekarz psychiatra i psycholog spotykają się z chorym oraz oceniają stan zdrowia i możliwości uczestniczenia w terapii. Lekarz może odmówić przyjęcia chorego mimo wcześniejszej kwalifikacji ze względu na stan zdrowia pacjenta.

Podczas 2-miesięcznych turnusów pacjenci będą uczestniczyć w psychoterapii grupowej (3x w tygodniu), indywidualnej lub rodzinnej (2 razy w tygodniu), terapii zajęciowej (2 razy na tydzień) oraz fizjoterapii (1 raz). Będą mieli także zajęcia integracyjne w społeczności terapeutycznej, opiekę psychiatry a w razie konieczności (pogorszenia stanu zdrowia) lekarz może zdecydować o konieczności

hospitalizacji w Mindhealth. W razie potrzeby prowadzone będą także konsultacje przez dietetyka klinicznego.

Po pobycie na oddziale dziennym młodzież będzie objęta opieką ambulatoryjną psychiatryczną i psychoterapeutyczną.

ODDZIAŁ SZYBKIEJ DIAGNOSTYKI PSYCHIATRYCZNO-PSYCHOLOGICZNEJ

Diagnoza psychiatryczna i psychologiczna jest kluczowym krokiem w planowaniu skutecznego leczenia i wsparcia pacjentów wieku rozwojowym. Podczas krótkiego pobytu na oddziale (do 7 dni) pacjenci od 15. roku życia objęci są całodobową opieką specjalistyczną. W tym czasie realizujemy diagnostykę psychiatryczną i psychologiczną za pomocą następujących metod:

- wywiad: z pacjentem i/lub jego rodziną; pytania dotyczą objawów, historii chorób,

funkcjonowania w codziennym życiu i innych istotnych aspektów;

- obserwacja: zachowań, reakcji emocjonalnych i interakcji społecznych;
- testy psychologiczne: wykorzystujemy standaryzowane testy, które pozwalają ocenić różne aspekty funkcjonowania psychicznego, takie jak: inteligencja, emocje, zachowanie, zdolności poznawcze.

Diagnoza stanowi podstawę opracowania spersonalizowanego programu terapeutycznego.

Krótki pobyt na oddziale pozwala na szybki powrót do naturalnego środowiska życia pacjenta.

PRYWATNA OPIEKA ZDROWOTNA – DLACZEGO WARTO?

- Zapotrzebowanie na opiekę psychoterapeutyczną: coraz więcej osób poszukuje pomocy psychoterapeutycznej; prywatne ośrodki mogą stanowić alternatywę dla osób, które nie

chcą lub nie mogą korzystać z publicznych usług zdrowotnych.

- Brak wystarczających zasobów publicznych: system publicznej opieki zdrowotnej może być ograniczony pod względem dostępności i zasobów; prywatne ośrodki wypełniają tę lukę, oferując szybszy dostęp do terapii.
- Indywidualne podejście: prywatne ośrodki często oferują bardziej spersonalizowaną opiekę, a pacjenci mogą wybrać terapeutę, który najlepiej odpowiada ich potrzebom.
- Szybszy dostęp do terapii: W ośrodkach prywatnych terminy wizyt mogą być krótsze niż w publicznych placówkach – to ważne zwłaszcza w przypadku osób z pilnymi potrzebami.
- Dyskrecja: niektórzy pacjenci preferują prywatność i dyskrecję, którą oferują prywatne ośrodki.
- Zróżnicowane metody terapii: prywatne ośrodki mogą oferować różnorodne metody terapii, dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjentów.

Nivalit

MENTALIO – wyrób medyczny klasy IIa, typu Saas

Dostrzegając wagę problemu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży Nivalit od 2021 roku ściśle współpracuje z Kliniką Psychiatrii i Psychoterapii Dzieci i Młodzieży Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, rozwijając systemy dla lekarzy specjalistów.

Ta aktywność zaowocowała rozpoczęciem projektu MENTALIO, realizowanego wspólnie przez Spółkę Nivalit oraz Szpital Uniwersytecki w Krakowie. Celem projektu jest opracowanie innowacyjnego wyrobu medycznego opartego o sztuczną inteligencję do wsparcia diagnostyki

i leczenia w opiece psychiatrycznej dzieci i młodzieży.

System MENTALIO poprawi efektywność opieki nad dziećmi i młodzieżą przez wprowadzenie dogłębnej oceny stanów psychicznych i emocjonalnych, przy



dr inż. Wojciech Komnata
członek Zarządu Nivalit



uwzględnieniu warstwy behawioralnej oraz interakcji pomiędzy perspektywą pacjenta, opiekunów i profesjonalistów. Będzie to system wsparcia decyzji klinicznych dla psychologów, pedagogów, psychoterapeutów i psychiatrów zajmujących się pacjentami w wieku rozwojowym, którzy zgłaszają się z problemami psychicznymi, umożliwiając skuteczne planowanie najbardziej odpowiednich decyzji terapeutycznych. Z systemu będą mogli również korzystać pedagodzy i psycholodzy zatrudnieni w placówkach edukacyjnych, a w wersji dostosowanej do warunków domowych, także rodzice. MENTALIO wesprze koordynowanie diagnostyki i leczenia w ramach świadczeń szpitalnych i świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, przez co przyczyni się do optymalizacji ciągłości procesów, lepszego wykorzystania zasobów i poprawy alokacji czasu pracy personelu medycznego.

Wyrób medyczny MENTALIO ma na celu usprawnienie procesów diagnostyczno-terapeutycznych

na wszystkich trzech poziomach referencyjnych opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży poprzez szacowanie prawdopodobieństwa diagnoz oraz szacowanie skuteczności poszczególnych rodzajów terapii. Analiza odbywać się będzie w oparciu o autorskie systemy kwestionariuszy wypełnianych przez pacjentów w wieku 13-21 lat, ich rodziców / opiekunów oraz prowadzących badanie.

Psychiatria, w tym psychiatria dzieci i młodzieży, jest szczególną dziedziną medycyny, w której numeryczne czy radiologiczne dane medyczne mają ograniczone zastosowanie w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Decyzje w psychiatrii podejmowane są w oparciu o subiektywne dane, takie jak zgłaszane przez pacjenta trudności w funkcjonowaniu czy zmiany w zachowaniu. Dodatkowo, objawy psychiatryczne często nie są specyficzne dla jednej konkretnej jednostki chorobowej. Ich interpretacja zależy od wielu czynników i nierzadko różni się między klinicystami nawet w przypadku tego samego pacjenta.

Wszystko to powoduje, że na psychiatryczne spoczywa ogromna odpowiedzialność właściwej oceny danych medycznych, która z kolei ma kluczowe znaczenie we wdrożeniu odpowiedniego postępowania. Te trudności, wraz z ograniczonym dostępem do danych medycznych pacjentów, hamowały rozwój systemów wspierających diagnostykę w psychiatrii dziecięco-młodzieżowej.

Nasila się, nie tylko w Polsce, potrzeba usprawnienia procesu diagnostyczno-terapeutycznego pacjentów wymagających pilnej konsultacji psychiatrycznej i hospitalizacji w tym w szczególności z powodu myśli i tendencji samobójczych. Dostępność opieki psychiatryczno-psychologicznej dzieci i młodzieży jest ograniczona – brakuje lekarzy, psychologów i terapeutów, oddziałów stacjonarnych oraz dziennych, a także ośrodków środowiskowych. Dodatkowo występuje dysproporcja w dostępie do lekarskich porad psychiatrycznych pomiędzy aglomeracjami a małymi

miejscościami.

Wprowadzona reforma psychiatrii dzieci i młodzieży zakłada przesunięcie ciężaru opieki nad dziećmi z zaburzeniami psychicznymi do środowiskowych poradni psychologicznych. Objęte tam opieką dzieci nie są kwalifikowane do leczenia przez lekarzy. Stąd też szczególne znaczenie wszelkich form wsparcia personelu tych poradni w procesie decyzji co do zasadności konsultacji psychiatrycznej czy pilnego skierowania do szpitala psychiatrycznego.

Opracowanie wyrobu medycznego MENTALIO ma na celu podniesienie jakości świadczonej opieki psychiatrycznej poprzez skrócenie czasu potrzebnego na diagnozowanie i leczenie pacjentów, a w obszarze odpowiedzialności placówek pedagogiczno-psychologicznych na właściwym kierowaniu pacjentów do dalszej diagnostyki. MENTALIO wspierając analizę specjalistycznych danych medycznych pozwoli lekarzom efektywniej pozyskać pełny

obraz stanu zdrowia pacjenta, co przyczyni się do bardziej skutecznego i precyzyjnego planowania leczenia, a tym samym poprawi produktywność procesów diagnostycznych.

Zastosowany w MENTALIO algorytm AI oparty na technologii grafowej będzie kojarzył różne przypadki diagnostyczno-terapeutyczne operatywnie proponując podjęcie dalszych kroków, czy to prowadzących do pozostawienia pacjenta w opiece na danym poziomie referencyjnym, czy skierowanie na wyższy poziom.

W swoim zamierzeniu gromadzone przez system dane zbliżone będą do tych, które w trakcie badania pozyskuje lekarz w oparciu nie tylko o treść odpowiedzi pacjenta, ale też towarzyszące im emocje czy zachowania. Podejście oparte na sztucznej inteligencji nie zastąpi lekarza, ale może być istotnym wsparciem w procesie planowania leczenia.

Nivalit Sp. z o.o. to firma, która koncentruje się na opracowywaniu nowych rozwiązań w dziedzinie sztucznej inteligencji, inteligencji hybrydowej i analityki predykcyjnej. Spółka została założona w 2020 roku przez przedsiębiorców z wieloletnim doświadczeniem w technologii i rozwoju biznesu. Podstawową działalnością Nivalit są usługi w zakresie rozwiązań IT w obszarze MedTech, Industry 5.0 i szeroko pojętym rynku B2B. Nivalit jest zespołem z wieloletnim doświadczeniem w tworzeniu oprogramowania.

Szpital Uniwersytecki w Krakowie to wiodący ośrodek medycyny klinicznej w Polsce. Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży realizuje program psychiatrii dziecięco-młodzieżowej w ramach kontraktów z NFZ. Program opieki obejmuje Ambulatoryjną Opiekę Specjalistyczną oraz Leczenie Szpitalne i uwzględnia 3 poziomy referencyjne: Oddział Stacjonarny (III poziom), Oddział Dzienny i Ambulatorium Psychiatryczne (II poziom) i Środowiskową Poradnię Psychologiczną (I poziom). Rocznie z programu korzysta ponad 2 500 adolescentów.

Oshee

Wierzymy w moc współpracy

OSHEE wraz z Fundacją OSHEE ŻYJ, WALCZ, ZWYCIĘŻAJ od lat angażuje się we wspieranie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Z naszej perspektywy najistotniejszą potrzebą w tym obszarze, szczególnie w kontekście działalności OSHEE oraz jej Fundacji, jest zapewnienie wsparcia i edukacji zarówno dla samej młodzieży, jak i dla ich rodzin oraz środowiska szkolnego.

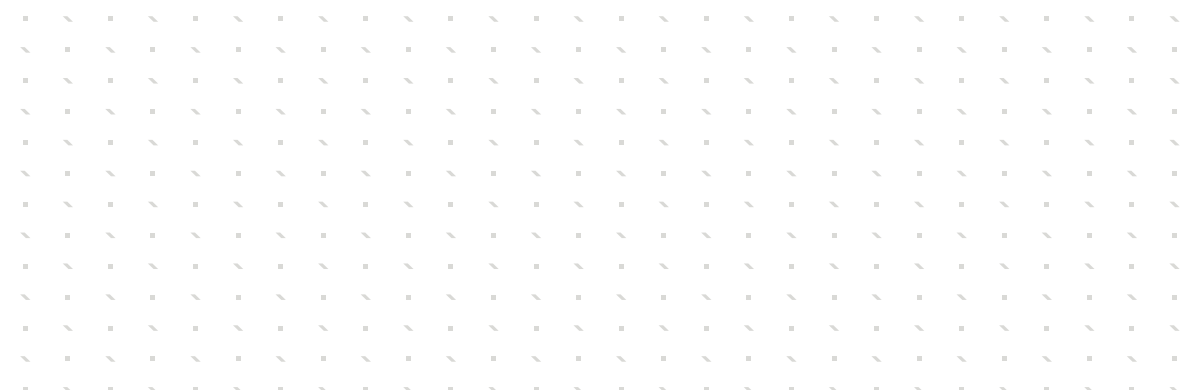


Dariusz Gałęzewski
Chairman of the
Supervisory Board OSHEE
Group

Chcemy budować świadomość na temat zdrowia psychicznego, promować otwartość w rozmowach na ten temat oraz zapewnić łatwy dostęp do wysokiej jakości usług i profesjonalnej pomocy dla wszystkich, którzy jej potrzebują. Wierzymy, że poprzez współpracę z ekspertami, organizacjami pozarządowymi i instytucjami

rządowymi możemy osiągnąć realne postępy w zakresie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, zmieniając na lepsze ich życie i przyszłość.

Jednym z kluczowych elementów walki z problemem zaburzeń psychicznych jest edukacja i świadomość społeczna na temat



zdrowia psychicznego. Wiedza na temat objawów zaburzeń, sposobów radzenia sobie z nimi oraz dostępnych form pomocy może przyczynić się do wcześniejszego rozpoznania problemu oraz skutecznego działania w celu jego rozwiązania. Z tego powodu OSHEE oraz Fundacja OSHEE ŻYJ, WALCZ, ZWYCIĘŻAJ angażują się w działania edukacyjne i tworzą projekty takie jak OSHEE SPEAK UP, który ma na celu szerzyć rzetelną komunikację na temat zdrowia psychicznego w formie przystępnej dla młodego pokolenia.

Nie można jednak zapominać, że wsparcie dla dzieci i młodzieży dotkniętych zaburzeniami psychicznymi wymaga także zaangażowania ze strony ich rodzin oraz środowiska szkolnego. Dlatego też OSHEE promuje działania mające na celu włączenie tych grup do procesu pomocy i terapii. W ramach projektu OSHEE SPEAK UP firma wprowadziła na rynek dedykowany produkt OSHEE Vitamin Water D+K, z którego 5% od sprzedaży Fundacja OSHEE przekazuje na program

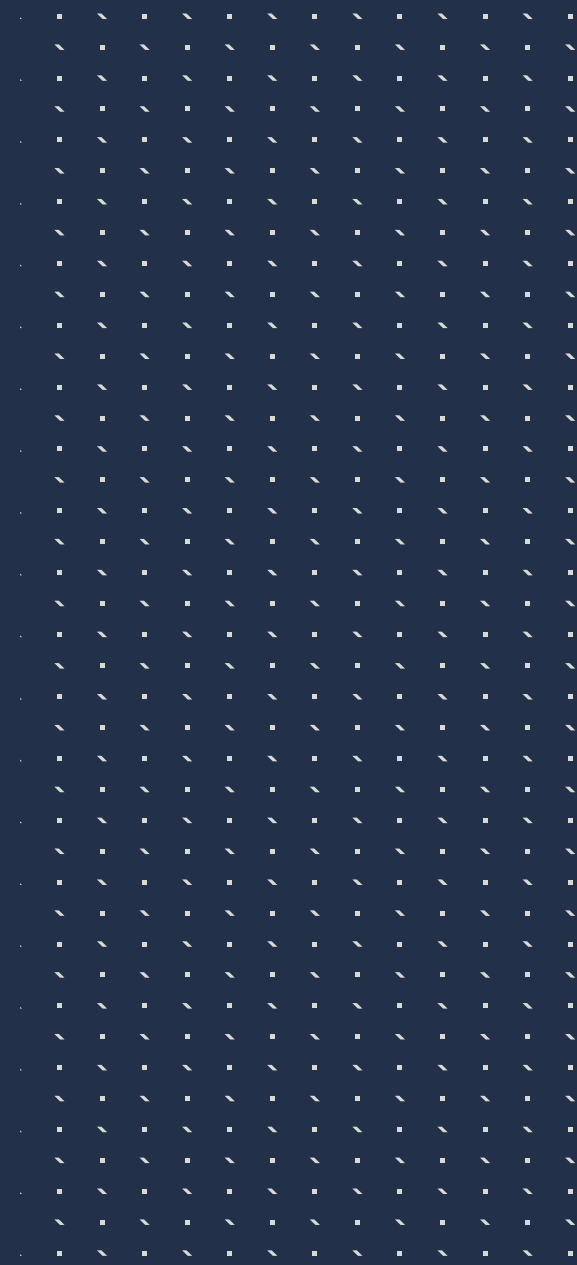
darmowej pomocy psychologicznej oraz psychiatrycznej dla uczniów.

Opracowany raport pozwoli nam lepiej zrozumieć skalę problemu oraz zidentyfikować obszary, które wymagają priorytetowej interwencji. Dzięki temu będziemy mogli skuteczniej realizować nasze projekty takie jak OSHEE SPEAK UP i wdrażać kolejne programy oraz strategie mające na celu poprawę zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Współpraca z ekspertami, organizacjami pozarządowymi i instytucjami rządowymi jest kluczowa w osiągnięciu celów związanych z ochroną zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, a dzięki różnorodnym doświadczeniom i synergii kompetencji różnych podmiotów, możemy tworzyć kompleksowe i skuteczne rozwiązania, które przyniosą realne korzyści dla społeczeństwa. Wspólna praca pozwoli nam także wykorzystać dostępne zasoby w sposób efektywny oraz uniknąć dublowania działań.

Warto podkreślić, że działania na rzecz zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży wymagają nie tylko krótkoterminowych interwencji, ale także długofalowej strategii. Dlatego też OSHEE jest zaangażowane w ciągłe monitorowanie sytuacji oraz analizę zmian, które zachodzą w tym obszarze. Jest to niezbędne do adaptacji naszych działań oraz wprowadzania ewentualnych korekt w celu osiągnięcia jak największego efektu. Wierzymy, że nasze zaangażowanie w opracowanie raportu oraz podejmowane działania przyniosą pozytywne zmiany w obszarze ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Dążymy do stworzenia świata, w którym każde dziecko i młody człowiek będzie miał łatwy dostęp do wsparcia oraz wysokiej jakości usług terapeutycznych. Poprzez budowanie świadomości społecznej, edukację oraz współpracę z różnymi podmiotami, chcemy zmienić na lepsze życie oraz przyszłość kolejnych pokoleń.



KLUCZOWE WNIOSKI



Ochrona zdrowia

Problem	Rozwiązanie
<p>Nieskuteczna realizacja reform w oparciu dokumenty strategiczne takie jak np. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ większa dokładność przyjmowanych programów ■ zabezpieczenia źródeł finansowania ■ system koordynacji, monitorowania i oceny realizacji ■ uwzględnienie działań edukacyjnych i szkoleniowych
<p>Ograniczona dostępność do profesjonalnej pomocy dla dzieci i młodzieży na wielu poziomach:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nieproporcjonalna względem potrzeb liczba specjalistów 2. Ograniczony dostęp do leków i recept wystawianych przez psychiatrów 3. w części przypadków – wymóg uzyskania zgody rodzica 	<ul style="list-style-type: none"> ■ szereg działań mających doprowadzić do dalszego wzrostu liczby profesjonalistów, np. zmiany w procesie naboru na szkolenie specjalizacyjne ■ poszerzenie uprawnień do preskrypcji bezpłatnych leków ■ ograniczenie – na zasadzie wyjątku – wymogu uzyskania uprzedniej zgody rodzica na rodzica na udzielenie świadczenia zdrowotnego lub innej usługi związanej z ochroną zdrowia psychicznego
<p>Brak koordynowanej opieki w obszarze ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ usprawnienia ścieżki pacjenta na różnych poziomach referencyjnych ■ efektywna i zintegrowana współpraca pomiędzy systemem oświaty a działaniami prowadzonymi w Ministerstwie Zdrowia ■ koordynacja wsparcia psychologicznego w ramach współpracy trójstronnej: szkoła – poradnia psychologiczno-pedagogiczna – ośrodek/zespół środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży ■ sprawny system wymiany informacji pomiędzy różnymi ośrodkami na temat małych pacjentów
<p>Niepełne uregulowanie zawodów związanych z ochroną zdrowia psychicznego</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ gruntowne znowelizowana lub zupełnie nowa ustawa o zawodzie psychologa ■ uregulowanie zawodu psychoterapeuty

Ochrona zdrowia

Problem	Rozwiązanie
Brak standardów stosowania i finansowania ze środków publicznych terapii cyfrowych	<ul style="list-style-type: none"> ■ kryteria jakości i bezpieczeństwa dla aplikacji zdrowotnych dedykowanych ochronie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży ■ systemu finansowanego ze środków publicznych ■ kampania edukacyjna skierowana zarówno do personelu medycznego, jak i do pacjentów
Brakuje specjalistycznego standardu organizacyjnego dotyczącego zdalnej opieki nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami psychicznymi	<ul style="list-style-type: none"> ■ przyjęcie standardu organizacyjnego udzielania świadczeń telemedycznych ■ opracowanie dedykowanego standardu sprawowania zdalnej opieki z zakresu zdrowia psychicznego nad dziećmi i młodzieżą
Brak systematycznych badan przesiewowych	<ul style="list-style-type: none"> ■ wdrożenie badań przesiewowych w kierunku zaburzeń ze spektrum autyzmu w ramach POZ oraz integracja badań z obowiązkowym bilansem zdrowia dwulatka ■ wdrożenie programów edukacyjnych i wsparcia dla rodziców i opiekunów ■ opracowanie i wdrożenie systemu wczesnej interwencji dla dzieci i młodzieży, u których zidentyfikowano czynniki ryzyka problemów psychicznych ■ Skupienie na dzieciach w niekorzystnych warunkach społecznych
Ograniczony dostęp do wsparcia z zakresu ochrony zdrowia psychicznego w okresie okołoporodowym	<ul style="list-style-type: none"> ■ rewizja obowiązującego standardu opieki okołoporodowej - powinien zostać uzupełniony o zapewnienie kompleksowej, koordynowanej opieki nad dziećmi z grup ryzyka oraz ich rodzinami.
Brak wsparcia dla dzieci w okresie wchodzenia w dorosłość	<ul style="list-style-type: none"> ■ dookreślenie obowiązków placówek medycznych w zakresie przekazywania pacjentów z opieki dziecięcej do dorosłej w celu zapewnienia ciągłości opieki

Oświata

Problem	Rozwiązanie
<ul style="list-style-type: none"> ■ Wybiórcze i punktowe regulacje w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w ramach przepisów wyznaczających ramy kształcenia w placówkach oświatowych 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kompleksowe ujęcie zagadnienia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w ramach toczących się i przyszłych prac legislacyjnych; ■ Uwzględnienie w toku nowelizacji udziału ekspertów i konsultacji społecznych oraz przygotowania odpowiedniej bazy edukacyjnej dla osób zaangażowanych w prowadzenie przedmiotów lub realizację zadań zakresu zdrowia psychicznego
<ul style="list-style-type: none"> ■ Brak jednoznacznych regulacji w zakresie odpowiedzialności i uprawnień osób zaangażowanych w udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej w placówkach oświatowych; ■ Niejasne regulacje dot. zgody rodziców na podejmowane działania 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wypracowanie twardej regulacji lub standardów udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w placówkach oświatowych zawierających ścieżkę postępowania od identyfikacji problemu do zaadresowania tego problemu na poziomie poradni i placówek specjalistycznych poza szkołą (o ile wymagane); ■ Wzmocnienie działań edukacyjnych i informacyjnych budujących pozytywny i rzetelny wizerunek psychologów i pedagogów specjalnych wśród dzieci i rodziców
<ul style="list-style-type: none"> ■ Braki lub niewystarczająca liczba specjalistów w placówkach edukacyjnych prowadząca do dysproporcji i ograniczonego dostępu do pomocy; ■ Nieproporcjonalne obciążenie specjalistów i nauczycieli obowiązkami administracyjnymi oraz ograniczona edukacja w obszarze zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wprowadzenie systemu zachęt do podejmowania zatrudnienia przez specjalistów w placówkach edukacyjnych; ■ Zwiększony nacisk na edukację całego grona pedagogicznego oraz zacieśnianie współpracy pomiędzy wszystkimi jednostkami mogącymi wpływać na dobrostan psychiczny dzieci (rodzice, pielęgniarki, higienistki itp.) ■ Ograniczenie obciążeń administracyjnych nauczycieli i specjalistów
<ul style="list-style-type: none"> ■ Brak jednoznacznych i mierzalnych narzędzi sprawowania nadzoru przez kuratoria oświaty; ■ Brak podejmowania działań scentralizowanych oraz ograniczone zaangażowanie kuratoriów oświaty w system pomocy psychologiczno-pedagogicznej 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wyraźne wskazanie na poziomie ustawowym obowiązków oraz metod działania kuratoriów oświaty umożliwiającą efektywną detekcję, weryfikację oraz podejmowanie działań naprawczych w zakresie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia psychicznego na poziomie placówek edukacyjnych.

Nowe technologie

Problem	Rozwiązanie
<ul style="list-style-type: none"> ■ Uzależnienie od mediów społecznościowych i Internetu dotyka znaczącej liczby dzieci i młodzieży w Polsce, wpływając negatywnie na ich rozwój intelektualny i emocjonalny. ■ Obecne regulacje prawne są niewystarczające, by skutecznie ograniczyć korzystanie z urządzeń elektronicznych w szkole. ■ Brakuje również edukacji dotyczącej higieny cyfrowej w programie nauczania. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rozszerzenie uprawnień szkół do ograniczania używania telefonów. ■ Prowadzenie edukacji na temat bezpiecznego i zdrowego korzystania z technologii. ■ Szkolenie nauczycieli w celu przeniesienia ich do ery, w jakiej żyją ich uczniowie. ■ Wspieranie samoregulacji dostawców platform.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Brakuje kompleksowych przepisów regulujących cyberprzemoc, która może przybierać różne formy, takie jak nękanie, trolling, kradzież danych, doxing. Obecne przepisy są rozproszone i często nieegzekwowalne. Ponadto, istniejące przepisy są często przestarzałe i nie obejmują wszystkich nowoczesnych form cyberprzemocy. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Polska powinna oprzeć się na unijnych wytycznych i doświadczeniach innych krajów, aby stworzyć kompleksowe przepisy przeciw cyberprzemocy. Należy jednak pamiętać o konieczności balansowania dóbr takich jak wolność słowa. ■ Ważne jest także efektywne wdrożenie przepisów DSA, które umożliwią tworzenie „zaufanych podmiotów sygnalizujących” do zgłaszania nielegalnych treści. ■ Kluczowa jest również edukacja i budowanie świadomości wśród młodzieży, rodziców i nauczycieli oraz szkolenie organów ścigania w zakresie cyberprzemocy.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Popularne platformy maksymalizują zaangażowanie użytkowników poprzez selektywną i inwazyjną prezentację treści zgodnych z ich preferencjami i zachowaniami online. ■ Wzorce przedstawiane w Internecie są często przerysowane lub wyidealizowane, by utrzymać uwagę użytkowników. ■ Dodatkowo, w Internecie pojawia się wiele fake newsów, a młode osoby mają trudności z ich weryfikowaniem. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ważne jest także efektywne wdrożenie przepisów DSA i AI Act. Należy kłaść duży nacisk, by wyznaczone organy (np. Prezes Urzędu Komunikacji Elektronicznej czy Prezes UOKiK) blisko współpracowały z Rzecznikiem Praw Dziecka czy innymi instytucjami chroniącymi praw dzieci, w zakresie w jakim regulacje unijne dotyczą (pośrednio) dzieci i młodzież. ■ Wprowadzenie programów edukacyjnych w szkołach, które uczą krytycznego myślenia, rozpoznawania fake newsów i oceny wiarygodności źródeł informacji.

Nowe technologie

Problem	Rozwiązanie
<ul style="list-style-type: none"> ■ Internet wykorzystywany jest do rozpowszechniania materiałów przedstawiających niegodziwe traktowanie dzieci w celach seksualnych (CSAM) – do nawiązywania kontaktów, rozpowszechniania obraźliwych treści i nagabywania ofiar. ■ Obecnie brak jest kompleksowej regulacji Unijnej w tej kwestii, a wypracowanie jej kształtu który umożliwiłby efektywne zwalczanie CSAM jest spowolnione m.in. przez stanowisko Polski. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Warto jednak, by bardziej zniuansować podejście Polski do kwestii detekcji CSAM. ■ Dotychczasowe stanowisko nie uwzględniało realiów Internetu, praw dzieci i możliwości technicznych. Niestety – i dotyczy to też innych kwestii związanych z ochroną dzieci w Internecie – nie można zapominać, że aktywna ochrona pewnej grupy użytkowników będzie nieuchronnie wiązana się z ograniczeniami prywatności innych.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Brak skutecznych narzędzi weryfikacji wieku w Internecie. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Po pierwsze, warto starać się efektywnie wdrożyć europejską tożsamość cyfrową – w tym możliwie również dla młodzieży, która jeszcze nie ukończyła 18. roku życia. ■ Po drugie, należy wypracowywać krajowe standardy i dobre praktyki (a być może nawet wymagania) w zakresie weryfikacji wieku.

Wpływ sektora prywatnego i NGOs

Problem	Rozwiązanie
<ul style="list-style-type: none"> ■ Negatywny wpływ życia zawodowego na życie prywatne i kontakt z dzieckiem (brak m.in.: work life balance, dbałości o wellbeing pracowników i ich rodzin, aktywności edukacyjnych w tym obszarze, zapewnienia poczucia bezpieczeństwa zawodowego) ■ Brak zachęt dla przedsiębiorstw do aktywności w obszarze ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży – prowadzenia w miejscu pracy rodziców działań, które uwzględniają interes dziecka 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Powołanie departamentu lub podmiotu odpowiedzialnego za operacjonalizację aktywności sektora prywatnego (np. opracowanie systemu zachęt, edukację oraz integrację działań); ■ Prowadzenie działań mających na celu zachęcenie sektora prywatnego do inicjowania działań na rzecz ochrony najmłodszych (np. kampania informacyjna); ■ Uruchomienie platformy do wymiany dobrych praktyk sektora prywatnego w obszarze ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży (np. strona internetowa); ■ Wprowadzenie namacalnych zachęt dla przedsiębiorstw za działania sprzyjające ochronie zdrowia psychicznego (np. ulg podatkowych, dofinansowania inicjatyw, przyznawania tytułów “przyjazny pracodawca”)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Brak odpowiedzialności w polskim prawie za wykorzystywanie pracy dzieci w łańcuchu wartości ■ Niedostosowanie przepisów do nowej rzeczywistości aktywności zawodowej dzieci (np. młodzi influencerzy) ■ Nieprecyzyjna regulacja dotycząca możliwości podjęcia pracy przez dziecko w Kodeksie pracy 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nałożenie na przedsiębiorstwa obowiązku indentyfikowania miejsc, w których występuje praca dzieci także w działalności łańcucha wartości (wraz z obowiązkiem określenia, czy ryzyko dla dobrostanu zatrudnionych jest wysokie, a jeśli tak – wdrożeniem środków mitygujących); ■ Utworzenie standardu zatrudniania młodocianych lub współpracy z młodocianymi w branżach szczególnie wrażliwych dla zdrowia psychicznego młodych ludzi, które wiążą się z ekspozycją na opinie szerokiej publiczności (np. mowę nienawiści w Internecie); ■ Doprecyzowanie art. 3045 § 4 Kodeksu pracy (m.in. jakie element powinny zawierać opinie poradni psychologiczno-pedagogicznej czy orzeczenie lekarza, z jaką częstotliwością powinny być wydawane, jak przeprowadzać wywiad z dzieckiem)

Wpływ sektora prywatnego i NGOs

Problem	Rozwiązanie
<ul style="list-style-type: none"> ■ Brak szczególnych zasad dot. ochrony dziecka jako konsumenta 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bezpośrednie ujęcie w ramach regulacyjnych – w formie odrębnego aktu prawnego lub jednostki redakcyjnej w obowiązującym akcie prawnym – szczególnych zasad dotyczących ochrony najmłodszych konsumentów, w tym zasad prowadzenia reklamy kierowanej do dzieci i młodzieży
<ul style="list-style-type: none"> ■ Pomijanie lub marginalizowanie w debacie publicznej roli sektora prywatnego ■ Brak świadomości wpływu przedsiębiorstw na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, motywacji do działania ani synergii działań ■ Brak angażowania sektora prywatnego oraz organizacji społecznych przez państwo 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Upowszechnienie wiedzy, że rola sektora prywatnego jest istotna, a przedsiębiorstwa mogą i powinny się włączać aktywnie w działania na rzecz ochrony zdrowia psychicznego dzieci; ■ Promocja partnerstwa publicno-prywatnego w tym obszarze ■ Zaangażowanie podmiotów prywatnych do rozpowszechniania kampanii publicznych

Podziękowania

Ten raport nie powstałby bez zaangażowania wielu podmiotów i osób, dla których poprawa ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce jest priorytetem.

Podziękowania składamy:

- przedstawicielom strony publicznej (Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Edukacji Narodowej, Ministerstwa Sprawiedliwości, Rzecznika Praw Dziecka) – za podzielenie się z nami perspektywą systemową;
 - Polskiemu Stowarzyszeniu ESG, Forum Odpowiedzialnego Biznesu, Fundacji Centrum Innowacyjnej Edukacji, Fundacji Nie Widać Po Mnie – za objęcie raportu patronatem i pokazanie, jak ważną rolę pełnią organizacje społeczne;
 - wykładowcom z Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej – za objęcie raportu patronatem i cenny głos praktyków;
 - ekspertom z zakresu ochrony zdrowia psychicznego – bez których raport nie miałby takiego waloru użyteczności;
 - przedstawicielom firm partnerskich raportu – za dobre praktyki i inspirację dla całego sektora prywatnego;
 - młodzieży z III Liceum Ogólnokształcącego im. Marynarki Wojennej RP w Gdyni – za pokazanie nam, jak trudne jest życie młodych ludzi w świecie nowych technologii stworzonych przez dorosłych.
- Wreszcie wzajemne podziękowania należą się od UNICEF Polska – kancelarii Rymarz Zdort Maruta, a od kancelarii Rymarz Zdort Maruta – UNICEF Polska. Bez tej współpracy projekt nigdy nie ujrzałby światła dziennego.

