



„Wychowanie w Rodzinie” t. XXIV (1/2021)

nadesłany: 24.11.2021 r. – przyjęty: 21.12.2021 r.

Bożena KANCLERZ*

Wyzwania i perspektywy pracy z młodzieżą w obliczu reformowania systemu ochrony zdrowia

Challenges and perspectives for youth work in the face of health care reform

Abstrakt

Wprowadzenie. Od kilku już lat zarówno w nauce, publicystyce, jak i w szeroko rozumianej opinii społecznej trwa dyskusja na temat fatalnego stanu psychiatrii dziecięcej w Polsce. Od początku mojej pracy zawodowej, zarówno naukowej, jak i praktyki pedagogicznej, czyli od dekady, niezmiennie towarzyszy mi hipoteza o niewydolności systemu wsparcia oraz opieki dzieci i młodzieży.

Cel. W zaprezentowanym artykule przedstawione zostały założenia reformy ochrony zdrowia dzieci i młodzieży z perspektywy pedagogicznej, a zatem odwołujące się przede wszystkim do pracy opiekuńczo-wychowawczej w najbliższym środowisku potrzebujących. Perspektywę tę poprzedzono analizą obecnego stanu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Elementem wyjściowym do omawiania założeń reformy była rekonstrukcja kategorii dobrostanu psychicznego jako ważnego elementu psychologii pozytywnej, która w sposób kompleksowy definiuje zdrowie psychiczne, będące stanem pożądanym w pracy z dziećmi i młodzieżą. Celem artykułu jest nie tylko podjęcie dyskusji nad założeniami reformy, lecz także weryfikacja funkcjonowania systemu ochrony zdrowia

* e-mail: b.k@amu.edu.pl

Zakład Socjopedagogicznych Problemów Młodzieży, Wydział Studiów Edukacyjnych, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań, Polska

Department of Sociopedagogical Problems of Youth, Faculty of Educational Studies, Adam Mickiewicz University in Poznan, Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznan, Poland
ORCID: 0000-0002-5496-2139

psychicznego na pierwszym poziomie referencyjnym, w fazie początkowej wdrażania reformy.

Materiały i metody. Analiza literatury przedmiotu, przepisów prawnych oraz danych statystycznych i odwołanie ich do praktyki i doświadczeń własnych autorki.

Wyniki. Z przeglądu literatury oraz najważniejszych danych statystycznych wynika, że dobrostan psychiczny młodych decyduje o ich prawidłowym rozwoju, za który odpowiadają najważniejsze środowiska socjalizacyjne: rodzina, grupa rówieśnicza, szkoła, a także miejsca pomocy i wsparcia.

Wnioski. Kluczowa w ochronie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży powinna stać się profilaktyka oparta na budowaniu programów wzmacniających kompetencje, które rozumiane są jako wymiary dobrostanu psychicznego, oraz dalsze reformowanie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.

Słowa kluczowe: młodzież, reforma systemu ochrony zdrowia, praca z młodzieżą, dobrostan psychiczny

Abstract

Introduction. For several years now, in science, in journalism, and in the broadly understood public opinion, there has been a discussion about the dire state of child psychiatry in Poland. Since the beginning of my professional work, both scientific and pedagogical practice, that is for a decade – I have invariably been faced with a hypothesis about the inefficiency of the system of support and care for children and adolescents.

Aim. In the presented article the assumptions of the reform of the health care of children and adolescents will be presented from the pedagogical perspective, thus referring primarily to the care and educational work in the immediate environment of the needy. This perspective will be preceded by an analysis of the current state of the mental health of children and young people. The starting point for discussing the assumptions of the reform will be the reconstruction of the category of mental wellbeing, as an important element of positive psychology, which comprehensively defines mental health, and which is a desirable state in work with children and young people. The aim of the article is to discuss not only the assumptions of the reform, but also to verify the functioning of the mental health care system at the first reference level in the initial phase of the reform implementation.

Materials and methods. Analysis of the literature on the subject, legal regulations, and statistical data, and referring them to practice and the author's own experience.

Results. The literature review and the most important statistical data show that the mental well-being of young people determines their proper development, and the most important socialisation environments are responsible for its development: family, peer group, school, and also places of help and support.

Conclusions. The key in the protection of the mental health of children and adolescents should become prevention based on the construction of programmes strengthening competences, which are understood as dimensions of mental well-being, and further reforming the protection of the mental health of children and adolescents.

Keywords: youth, health care reform, youth work, mental wellbeing

Diagnoza potrzeb w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży

Potrzeba zmian i wdrażania nowych rozwiązań wynika z sytuacji, jaką obserwujemy oraz jakiej doświadczamy w ochronie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Badania Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) stanowią podstawę szacowania, że wśród obciążeń chorobami na świecie (Global Burden of Disease Study, GBD) zaburzenia psychiczne i behawioralne w Europie dotyczą około 20% wszystkich stanów chorobowych. Problemy ze zdrowiem psychicznym w różnych fazach/okresach życia dotyczą jednej na cztery osoby (Syrek, 2019, s. 225). Wśród dzieci i młodzieży problem jest nieco bardziej złożony, a dane ogólne, które również szacowane są na około 20% populacji dzieci i młodzieży, dotyczą szeroko rozumianych zaburzeń psychicznych. Dane z serii międzynarodowych badań ankietowych nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) z 2010 roku wykazują, że u znacznej części dzieci i młodzieży w Polsce pojawiają się narastające wraz z wiekiem zaburzenia psychosomatyczne, takie jak bóle głowy (od 7% u 11-latków do 17% u 17-latków), bóle pleców (od 5% do 8,5%), przygnębienie (od 6% do 9%), zdenerwowanie (od 14% do 16%). Małe zadowolenie z życia stwierdzono z kolei u 15% 11-latków, 21,5% 13-latków, 25% 15-latków i aż 27,7% 17-latków (Mazur, Małkowska-Szkutnik, 2011, s. 68-84). Interesujące w kontekście zaburzeń psychicznych okazały się także badania Renaty Modrzejewskiej i Jacka Bomby (2010, s. 579-592), które przeprowadzone zostały na grupie 17-latków. Badania w dużych aglomeracjach miejskich wykazały, iż dziewczęta dwukrotnie częściej zgłaszały objawy różnych zaburzeń psychicznych niż chłopcy (odpowiednio 41,2% i 22,7%). Analizując te badania, Lidia Cierpiałkowska i Iwona Grzegorzewska zwracają szczególną uwagę na to, że w grupie dziewcząt i chłopców najczęstszymi zaburzeniami, które ustalono za pomocą metod screeningowych, były objawy depresyjne, zaburzenia jedzenia i obsesyjno-kompulsyjne (Cierpiałkowska, Grzegorzewska, 2020, s. 57). Analiza powyższych tylko danych pozwala zatem stwierdzić, że dorastająca młodzież to grupa zagrożona zaburzeniami zdrowia psychicznego, głównie depresją.

Diagnostując sytuację zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, nie sposób zignorować statystyki dotyczące samobójstw w tej grupie wiekowej. Od kilku lat obserwujemy bowiem znaczący wzrost zarówno samobójstw, jak i prób samobójczych u dzieci i młodzieży. WHO podaje, iż samobójstwa stanowią drugą przyczynę zgonów wśród dzieci i młodzieży w przedziale 15–29 lat (Kielan, Olejniczak, 2018, s. 11). Liczba dzieci dokonująca prób samobójczych rośnie od kilku lat, a liczba dzieci popełniających samobójstwo utrzymuje się na wysokim poziomie. Dla porównania w grupie wiekowej 7–18 lat w 2017 roku odnotowano 116 zgonów spowodowanych samobójstwem, w 2018 – 97 samobójstw, a w 2020

roku – 107 (Kielan, Olejniczak, 2018, s. 12). Każdego roku w Polsce mamy zatem sytuację, w której znikają cztery klasy szkolne dzieci i nastolatków. Trudno tu oczywiście oszacować, kto i jaką pomoc otrzymał, a kto nie otrzymał jej wcale, bez wątplenia jednak warto i te statystyki uwzględnić, kiedy oceniamy i diagnozujemy dobrostan psychiczny dzieci.

Przytoczone powyżej dane statystyczne wskazują na złożoność sytuacji i wielość pojawiających się obszarów problemowych. Wydaje się, że dane dotyczące diagnozowanych zaburzeń psychicznych to tylko wycinek z szerokiego spektrum zagadnień dotyczących zdrowia psychicznego i zaburzonego dobrostanu psychicznego dzieci i młodzieży. Kwestie problemowe w literaturze przedmiotu dotyczą także uzależnień dzieci i młodzieży oraz związanych z tym powikłań. Jak wynika z badań, uzależnienia oraz zaburzenia spowodowane przyjmowaniem substancji psychoaktywnych stanowiły drugą co do ilości przyczynę hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego wśród dzieci i młodzieży do 18. roku życia (Tabak, 2014, s. 118).

Analizując różnego typu dokumenty, literaturę przedmiotu oraz doświadczenia własne autorki, warto wskazać, poza zaburzeniami psychicznymi oraz uzależnieniami, na szerokie spektrum problemów, jakie diagnozujemy w okresie dorastania: problemy z akceptacją własnego ciała, problemy z komunikacją, problemy ze snem, przemoc rówieśniczą, cyberprzemoc, przemoc ze strony dorosłych, fobię społeczną, chroniczny stres, doświadczenia rozvodu, traumę i stres pourazowy, śmierć osoby bliskiej, chorobę przewlekłą zarówno nastolatka, jak i osoby z jej najbliższego otoczenia, kryzysy edukacyjne, kryzysy tożsamościowe, określenie własnej orientacji seksualnej, dyskryminacja. To szerokie spektrum problemów, z jakimi zgłaszają się młodzi, stanowi otwarty katalog czynników mających istotne znaczenie przy ocenie stanu zdrowia nastolatka. Utrzymujące się przekonanie o fatalnym stanie psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej dopełnia zatem diagnoza wielości spraw i problemów, które dotyczą młodych ludzi w okresie dorastania, a które wymagają profesjonalnego wsparcia i opieki nie tylko na poziomie leczenia psychiatrycznego w oddziałach szpitalnych, lecz także znacznie częściej w ich środowisku życia. Analizując bowiem diagnozę stanu psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce, trudno oszacować wszelkie interwencje pedagogów i psychologów szkolnych, udział młodych ludzi w leczeniu w prywatnych placówkach wsparcia oraz szczególnie trudno ocenić liczbę dzieci wymagających wsparcia i pomocy, a nie otrzymujących jej ze względu na brak diagnozy, wsparcia rodziny czy innych podmiotów. Uwzględniając powyższą sytuację młodych, zaskakujące jest zatem, że w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 w diagnozie sytuacji znajduje się tylko drobna wzmianka ograniczająca się do jednej tabeli dotyczącej dzieci i młodzieży, a dane analizowane są tylko do 2014 roku i dotyczą informacji ilościowych na temat dzieci z zaburzeniami psychicznymi (*Narodowy Program Ochrony...*, 2017, s. 12).

Należy także podkreślić, że nie powstała analogiczna strategia dla grupy dzieci i młodzieży do 18. roku życia. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego zawiera cele szczegółowe i zadania, które dotyczą także tej grupy wiekowej, jednak, co absolutnie niezrozumiałe, w założeniach strategia dotyczy tylko osób z zaburzeniami psychicznymi. Ustawodawca założył bowiem, iż do celów szczegółowych i zadań Programu należą:

- a) w zakresie zapewniania osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki, adekwatnej do ich potrzeb:
 - upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
 - upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego,
 - aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi,
 - skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy,
 - udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom;
- b) w zakresie prowadzenia działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi:
 - opracowanie ogólnych zasad postępowania dotyczących przedstawiania wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach,
 - prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi;
- c) w zakresie monitorowania i oceny skuteczności działań realizowanych w ramach Programu – gromadzenie i analizowanie sprawozdań zawierających informacje dotyczące realizacji zadań wynikających z Programu, przekazywanych przez podmioty w nim wskazane (Narodowy Program Ochrony..., 2017, s. 13).

Wskazane powyżej założenia, ważne z perspektywy osób ze zdiagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi, nie wpisują się w realną poprawę sytuacji pogarszającego się stanu psychicznego polskich nastolatków. Z analizowanych przez autorkę badań i statystyk wynika, że wielość problemów i trudnych sytuacji nie może ograniczać się tylko do zaburzeń psychicznych. Dodatkowym argumentem przemawiającym za potrzebami zmian w zakresie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży jest współwystępowanie i nakładanie się na siebie sytuacji trudnych. Niskie zadowolenie z życia, zdiagnozowane zaburzenie psychiczne, trudna sytuacja szkolna, rodzinna, a nawet trudna sytuacja ekonomiczna (Szafranec, 2011, s. 314) to często codzienność dorastających nastolatków, a jej efektem jest zaburzony dobrostan psychiczny, o który jako dorośli powinniśmy dbać nie tylko u dzieci i młodzieży, lecz także we własnej przestrzeni życia i rozwoju.

Czym jest dobrostan psychiczny i dlaczego dzieci i młodzież tak bardzo go potrzebują?

Rozpoczynając analizę kategorii dobrostanu psychicznego, należy zaakcentować ważną dla autorki tezę o potrzebie dbałości o dobrostan psychiczny dzieci i młodzieży w pracy pedagogicznej, wychowawczej, w edukacji, a także w życiu rodzinnym. Diagnoza potrzeb w zakresie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz trudności, z jakimi borykają się dorastający młodzi ludzie, utwierdzają autorkę w przekonaniu o potrzebie akcentowania problematyki dobrostanu psychicznego nie tylko w środowisku naukowym, lecz szczególnie w środowisku praktyków: nauczycieli, wychowawców, trenerów, rodziców.

Analizując Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego nie trudno ulec przekonaniu, iż odwołuje się on do tzw. negatywnej definicji zdrowia psychicznego, czyli do traktowania zdrowia psychicznego jako braku zaburzenia. Owa definicja praktykowana była w psychiatrii i psychologii klinicznej niemal do połowy XX wieku (Cierpiałkowska, Grzegorzewska, 2020, s. 36). Jak zwracają uwagę badaczki, definicja ta, choć nie dominująca, jest często używana, szczególnie w badaniach nurtu patogenetycznego¹. Warto jednak podkreślić, że pojawiła się także odmienna perspektywa, która w podejściu pedagogicznym jest zdecydowanie bardziej użyteczna i uwzględnia całokształt funkcjonowania jednostki. Mowa tu o pozytywnej koncepcji zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, w której zdrowie definiuje się w kategoriach dobrostanu i szczęścia (Cierpiałkowska, Grzegorzewska, 2020, s. 36). Zmianę i odmienną perspektyw zauważyć mogliśmy już pod koniec pierwszej połowy XX wieku, kiedy Światowa Organizacja Zdrowia uznała, że zdrowie to stan pełnego, fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności (Cierpiałkowska, Grzegorzewska, 2020, s. 36). Zdrowie zatem uznane zostało za coś znacznie więcej niż brak zdiagnozowanej choroby (zaburzenia psychicznego). Jakość życia bowiem to coś więcej niż brak choroby. W Deklaracji Zdrowia Psychicznego Światowa Organizacja Zdrowia podkreśla, iż zdrowie i dobrostan psychiczny mają zasadnicze znaczenie dla jakości życia, jednocześnie określając zdrowie psychiczne jako stan dobrego samopoczucia, w którym jednostka realizuje swoje zdolności, potrafi radzić sobie z normalnymi stresami życiowymi, czy może pracować i jest w stanie działać na rzecz swojej społeczności (Syrek, 2015, s. 157). Jak podkreślają Anna Kołodziej-Zaleska oraz Hanna Przybyła-Basista, w literaturze pojęcie dobrostanu psychicznego często używane jest zamiennie ze szczęściem, satysfakcją z życia, jakością życia, subiektywnym dobrostanem czy zdrowiem

¹ Podejście patogenetyczne koncentruje się między innymi na przyczynach choroby, analizuje czynniki sprzyjające rozwojowi choroby, bada czynniki chorobotwórcze oraz czynniki ryzyka.

psychicznym w ujęciu pozytywnym (Kołodziej-Zaleska, Przybyła-Basista, 2018, s. 87). Choć nie należy tych pojęć operacjonalizować jako tożsame, to warto mieć na uwadze, iż są między nimi duże podobieństwa znaczeniowe, a kategorie te dopełniają szerszą perspektywę funkcjonowania społecznego dzieci i młodzieży.

W literaturze przedmiotu zaskakuje wielość podejść do kategorii dobrostanu. Jak zwracają uwagę A. Kołodziej-Zaleska i H. Przybyła-Basista, interesująca jest definicja dobrostanu zaproponowana przez Eda Dienera, która uwzględnia poznawczą i emocjonalną ocenę własnego życia, obejmującą zarówno emocjonalne reakcje na zdarzenia, jak i poznawcze sądy odnoszące się do zadowolenia z życia wraz z doświadczeniem przyjemnych emocji pozytywnych i niskiego poziomu uczuć negatywnych (Kołodziej-Zaleska, Przybyła-Basista, 2018, s. 88). Podobnie, odwołując się do subiektywnego aspektu jakości życia (dobrego życia), opisuje dobrostan Ewa Kasperek-Golimowska, podkreślając, iż określany jest on zwykle przez ocenę stanu psychicznego jednostki (np. odczuwane szczęście), właściwości osoby (np. zadowolenie, optymizm) oraz elementy sytuacji człowieka oceniane przez niego jako korzystne, pozytywne (Kasperek-Golimowska, 2012, s. 182). Kategoria dobrostanu jest zatem niezwykle użytecznym pojęciem, które może okazać się przydatne przy diagnozowaniu zarówno pozytywnych elementów rozwoju jednostki, jak i jej negatywnych doświadczeń. Szczególnie dla młodych ludzi w okresie dorastania dbałość o rozwój w duchu psychologii pozytywnej wydaje się niezwykle istotnym elementem tożsamościowym, zaburzenia owego poczucia szczęścia czy zadowolenia z życia będą bowiem oznaczały właśnie zaburzenia w sferze zdrowia psychicznego (Cierpiakowska, Grzegorzewska, 2020, s. 36). Z perspektywy podjętej problematyki i próby odpowiedzi na pytanie, dlaczego dobrostan psychiczny jest tak ważny dla młodych ludzi, interesująca wydaje się perspektywa prezentowana przez Carol Ryff, a także Janusza Czapińskiego. Obaj badacze opisują najważniejsze wymiary dobrostanu psychicznego, takie jak: samoakceptację, osobisty rozwój, cel w życiu, panowanie nad otoczeniem, autonomię, pozytywne relacje z innymi (Czapiński, 2004, s. 35). Owe komponenty dobrostanu psychicznego budują bardzo pozytywny i pożądany model jednostki, która ma pozytywny stosunek do samego siebie, oparty na świadomości własnych pozytywnych i negatywnych cech, a jednocześnie posiada zdolność do rozwijania swoich pasji i zainteresowań.

Wskazane w modelu wymiary dobrostanu psychicznego definiują bardzo ważne umiejętności życiowe przydatne w osiąganiu szczęścia. Zdolność do odnajdywania swojego kierunku w życiu, zdolność do kierowania się własnymi przekonaniem oraz umiejętność nawiązywania, podtrzymywania i rozwoju więzi z ludźmi to już nie tylko rozszerzona definicja wymiarów dobrostanu psychicznego (Kasperek-Golimowska, 2012, s. 183), lecz także kompetencje kluczowe, tak bardzo potrzebne młodym ludziom zarówno w pracy zawodowej, jak i w życiu. Pozytywny wymiar dobrostanu

psychicznego nie pozwala jednak uwzględnić doświadczeń i uczuć negatywnych, wpisanych w odczuwanie przez jednostkę całej różnorodności uczuć, takich jak rozczarowanie, smutek, złość, przygnębienie. Owe doświadczenia, będące przeciwieństwem subiektywnego poczucia szczęścia, pozwalają jednostce zachować zdrowie psychiczne rozumiane jako dynamiczny stan wewnętrznej równowagi (Cierpiałkowska, Grzegorzewska, 2020, s. 38). Dlatego w poruszanej kwestii dobrostanu psychicznego tak ważne jest skoncentrowanie się także na tym, jak jednostka poradzi sobie w sytuacjach nasilenia emocji negatywnych, czy będzie posiadała umiejętności i zdolności do radzenia sobie z niekorzystnymi zdarzeniami w życiu tak, aby osiągnąć równowagę i spokój, który w efekcie będzie prowadził do zwiększenia subiektywnego poczucia zadowolenia z życia. Jednocześnie w argumentowaniu potrzeby osiągania dobrostanu psychicznego u dzieci i młodzieży kluczowa wydaje się teza Martina Seligmana, że optymizm u dzieci jest jednym z najważniejszych zasobów gwarantujących poczucie dobrostanu i szczęścia w dorosłym życiu (Cierpiałkowska, Grzegorzewska, 2020, s. 38). Po stronie dorosłych spoczywa zatem ogromna odpowiedzialność za zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, a „receptą” na trudności i problemy okresu dorastania w znacznym stopniu może być dbałość o dobrostan psychiczny dzieci i młodzieży.

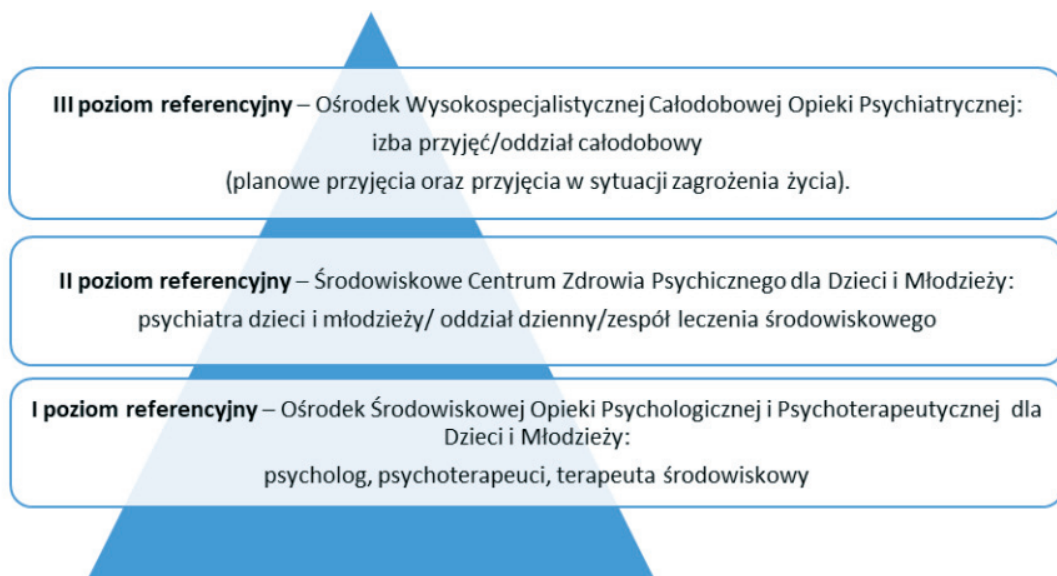
W związku z tym kluczowa powinna stać się profilaktyka oparta na budowaniu programów wzmacniających kompetencje, które rozumiane są jako wymiary dobrostanu psychicznego. Nie stan psychiatrii jest tu zatem kluczowy, lecz jakość edukacji i programów profilaktycznych realizowanych w szkołach. Wychodząc naprzeciw diagnozowanym problemom dzieci i młodzieży, warto im zapobiegać, a reformę opieki psychiatrycznej potraktować tylko jako bardzo ważny element szerszego kontekstu opieki i wsparcia psychologiczno-pedagogicznego dzieci i młodzieży

Reforma ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży – perspektywa pedagogiczna

Zaprezentowane powyżej postulaty wydają się słyszalne wśród decydentów politycznych, którzy mając wpływ na kształtowanie prawa, a jednocześnie kreując system opieki i wsparcia dla dzieci i młodzieży, zaproponowali nowy model ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Trwająca od kilku lat dyskusja nad koniecznością zmian zaowocowała powołaniem konsultantów krajowych w dziedzinie psychiatrii oraz psychoterapii dzieci i młodzieży. Konsultantki krajowe, Barbara Remberek i Agnieszka Słopień, brały udział w przygotowaniu kompleksowej zmiany w obszarze psychiatrii dziecięcej. Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia w styczniu 2020 roku zaprezentowali przygotowany program. Zasadnicza zmiana, jaka dokonuje się do dnia dzisiejszego, to wprowadzanie trzypo-

ziomowego systemu opieki dla dzieci i młodzieży (*Nowy model ochrony...*, 2020). Zmiana ta nie tylko gwarantuje opiekę psychiatryczną dla zdiagnozowanych małoletnich, lecz także zakłada powstanie na pierwszym poziomie referencyjnym tzw. ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży. Przedmiotem analizy w niniejszym artykule będzie prezentacja założeń reformy właśnie na pierwszym poziomie referencyjnym, ponieważ to powstanie placówek w najbliższym otoczeniu szkoły i domu rodzinnego ma zwiększyć dostępność pomocy w opiece ambulatoryjnej i środowiskowej, co docelowo umożliwi odciążenie Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych i Izb Przyjęć. Ponadto dzięki stworzeniu sieci ośrodków udzielających pomocy osobom chorym psychicznie możliwe będzie skrócenie czasu pobytu w szpitalu i zapobieganie rehospitalizacji (*Nowy model ochrony...*, 2020).

Ważną zaletą powstania tego typu ośrodków jest dostęp do specjalistów bez skierowania. W praktyce to rodzic lub dziecko, ewentualnie szkoła, decyduje, czy małoletni potrzebuje pomocy lub wsparcia. Daje to rodzicom ogromny komfort i wsparcie w procesie wychowawczym. W placówce tej zatrudniani są psycholodzy, psychoterapeuci oraz terapeuci środowiskowi. W tym zakresie również dostrzec można ważną zmianę – wraz z wprowadzeniem nowego modelu pojawił się nowy zawód terapeuty środowiskowego, który zgodnie z kwalifikacją rynkową „prowadzenie terapii środowiskowej dzieci i młodzieży” może być wykonywany także przez pedagogów posiadających doświadczenie w pracy środowiskowej.



Rysunek 1. Trzy poziomy ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Źródło: *Nowy model ochrony...*, 2020.

Ministerstwo Zdrowia ogłaszając reformę, deklarowało, że docelowy model systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży ma umożliwić prowadzenie pomocy dzieciom i rodzinom na odpowiednich poziomach referencyjności w każdym powiecie (Ośrodek Środowiskowej Opieki dla Dzieci i Młodzieży) i województwie (Ośrodek Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej). W przypadku pierwszego poziomu referencyjnego obecnie działają w Polsce 303 Ośrodki Środowiskowej Opieki dla dzieci i młodzieży (stan na 17 czerwca 2021). Można zatem uznać, że spełniony został warunek ilościowy zakładany przez Ministerstwo Zdrowia. Analizując sytuację, warto jednak przyjrzeć się kwestii rozmieszczenia ośrodków. Według kryterium przestrzennego nie udało się zapewnić ośrodka w każdym powiecie. Za przykład niech posłuży sytuacja w Wielkopolsce, gdzie powstało 15 ośrodków na 31 powiatów i 4 miasta na prawach powiatu (Lista Ośrodków I Poziomu..., 2020). Jednocześnie przy niewystarczającej liczbie ośrodków w skali województwa pozostają powiaty, w których nie jest świadczona pomoc na pierwszym poziomie referencyjnym. Przykładem są powiaty: pільski, chodzieski, węgrowski, turecki, wolsztyński, wrzesiński. W tych miejscach nie rozpoczęły działalności ośrodki, które z założenia miały udostępnić dzieciom, młodzieży i ich rodzinom świadczenia specjalistycznej opieki psychologicznej i terapeutycznej. To bardzo ważny sygnał świadczący o braku koordynowania procesu powstawania ośrodków.

Zmianą pozytywną, ułatwiającą dostęp do specjalistów, jest to, że w ramach placówek z pierwszego poziomu referencyjnego można skorzystać z następujących świadczeń:

- poradni psychologiczno-diagnostycznej,
- poradni psychologicznej,
- sesji psychoterapii indywidualnej,
- sesji psychoterapii rodzinnej,
- sesji psychoterapii grupowej,
- sesji wsparcia psychospołecznego,
- wizyty, porady domowej lub środowiskowej (*Rozpoczęcie działalności ośrodków...*, 2021).

Pierwszy poziom referencyjny zakłada także współpracę ze szkołą lub innymi ważnymi instytucjami w środowisku. Takie rozwiązanie w teorii pozwoli na współpracę wielu środowisk zajmujących się wsparciem dzieci i młodzieży, brak jednak szczegółowych rozstrzygnięć, w jaki sposób ta współpraca miałaby być zorganizowana. Pacjent lub jego opiekun prawny w przypadku małoletnich poniżej 16. roku życia wyraża zgodę na współpracę z placówką, np. szkołą czy przedszkolem. To poradnia świadcząca usługi jest jednak zobowiązana dookreślić, jak owa współpraca ma wyglądać. Rolą poradni jest także ustanowienie zasad współpracy pomiędzy poszczegól-

nymi specjalistami. Wielość nowości w obszarze pierwszego poziomu referencyjnego sprawia, że specjaliści doświadczają nowych obszarów pracy; jednocześnie w toku praktykowania pomocy środowiskowej mogą wskazywać na problemy pojawiające się w obszarze wprowadzanych zmian. Zapewne zatem w najbliższych latach pojawią się będą interesujące rozprawy dotyczące wprowadzanej reformy, jednak już dziś na etapie tworzenia, warto zauważyć i wskazać na to, co wydarzyło się pozytywnego, a co, być może, należy poddać pod dyskusję w kolejnych etapach wdrażania reformy.

Zamiast zakończenia – konkluzja pedagoga pracującego w systemie ochrony zdrowia

Reforma systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, wprowadzając nowy zawód terapeuty środowiskowego (dostępny także dla pedagogów, co zdecydowanie jest równie interesującym zagadnieniem na kolejne opracowanie) oraz wprowadzając specjalizację z psychoterapii dzieci i młodzieży (również dopuszczając do specjalizacji pedagogów), uwypukliła potrzebę włączenia pedagogiki do nauk mocno osadzonych we wsparciu i pomocy dzieciom, młodzieży i ich rodzinom. Zdecydowanie postrzegam to jako bardzo dobry krok w kierunku nadania wysokiej rangi zawodowi pedagoga jako specjalisty w zakresie wsparcia i pomocy. Oczywiście w świadomości społecznej terapeuta ciągle pozostaje psychologiem, ale być może reforma jest dobrym początkiem oczekiwanych przez środowisko pedagogów zmian. Jako pedagog z kilkunastoletnim doświadczeniem pracy z dziećmi i młodzieżą obecnie pracuję jako terapeuta środowiskowy, a także podjęłam specjalizację z psychoterapii dzieci i młodzieży. Moje doświadczenia pozwalają mi na pierwsze spostrzeżenia i subiektywnie uwagi dotyczące reformy.

Samo dostrzeżenie problemu i przeniesienie opieki specjalistycznej do mniejszych ośrodków jest ogromną zaletą i co do tego w sferze zarówno teoretycznej, jak i praktycznej nie można mieć zastrzeżeń. Nierównomierność świadczonych usług to jednak pierwsza bolączka systemu. Powiaty bez nielimitowanego dostępu do bardzo ważnych świadczeń profesjonalnej opieki psychologicznej to na pewno wyzwanie na kolejne lata. Warto także zwrócić uwagę, że owe założenia reformy prezentowane przez Ministerstwo Zdrowia nie są uzgadniane czy tworzone z drugim równie ważnym dla dzieci i młodzieży Ministerstwem. Ministerstwo Edukacji i Nauki, chociaż proponuje zmiany w zakresie pomocy psychologiczno-pedagogicznej czy edukacji włączającej, nie uwspólnia swoich projektów z Ministerstwem Zdrowia, co mogłoby przynieść wymierne korzyści dla uczennic i uczniów. Jednocześnie na pierwszym poziomie działania Ośrodków także pojawiają się trudności, które warto przenieśli-

wać, kontynuując reformę. Wizyty domowe jako zupełna nowość są dla pacjentów, szczególnie tych młodszych, bardzo korzystnym rozwiązaniem. Dla Narodowego Funduszu Zdrowia nie ma znaczenia jednak, czy wizyta jest świadczona w miejscu, w którym jest poradnia, czy np. w miejscowości oddalonej o 10 km. Tylko od terapeuty środowiskowego zależy to, czy podejmie się takiej wizyty (niekorzystnej dla siebie finansowo), a zatem pacjent może być pozbawiony świadczenia ze względu na brak terapeuty gotowego podjąć się współpracy. Jednocześnie ośrodki na pierwszym poziomie referencyjnym pozbawione są opieki superwizora, co nie sprzyja rozwojowi pracowników. Ponieważ ośrodki prowadzone są na tzw. kontraktach, brak współpracy między nimi może powodować duże nierówności pomiędzy ośrodkami co do liczby wykonywanych świadczeń. Nie ma możliwości monitorowania, gdzie tworzą się kolejki i wydłużony jest czas oczekiwania, a gdzie można się zapisać w krótszym termin. W tym przypadku bardzo dobra byłaby centralna obsługa, która wskazywałaby, gdzie można się zapisać.

Jako pracownik nowo powstałego ośrodka dostrzegam także braki kadrowe i niewykonywanie zamierzonej liczby świadczeń. Tu oczywiście istotne są zarówno kwestie dotyczące niewystarczającej liczby specjalistów, jak i kwestie finansowe. Bez wątplenia jednak za pozytywne należy uznać, iż pojawiły się ośrodki, w których dzieci i młodzież, a często także rodzice w ramach wsparcia psychospołecznego mogą otrzymać pomoc nie tylko w przypadku zaburzeń psychicznych. Powstały bowiem miejsca, w których rodziny doświadczające kryzysów (rozwód, śmierć bliskiej osoby, alkoholizm rodzica) oraz dzieci i młodzież będący w trudnej sytuacji (przemoc rówieśnicza, hejt, trudności z emocjami, problemy natury tożsamościowej, kryzysy egzystencjalne, problemy w szkole, problemy z nauką) mogą znaleźć pomoc, wsparcie, opiekę oraz kompleksową diagnostykę i terapię, a także, jeżeli to konieczne, przekierowanie do kolejnych poziomów referencyjnych świadczących bardziej profesjonalną pomoc.

Po roku wdrażania reformy i funkcjonowania w pandemicznej rzeczywistości, wydaje się, że dopiero w kolejnym roku szkolnym będziemy mogli analizować działanie ośrodków, bowiem to powrót do szkoły i względnej normalności zweryfikuje, jaki jest stan i zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Wszelkie diagnozy, pokonferencyjne konkluzje nie są optymistyczne. Popandemiczna rzeczywistość może okazać się bardzo trudna i środowiskowe centra mogą stać się ogromnym wsparciem dla szkół i rodzin, a przede wszystkim dla dzieci i młodzieży, potrzebujących do prawidłowego rozwoju mądrych dorosłych, przewodników, którym będą mogli zaufać i z którymi będą mogli pokonać pojawiające się trudności.

Bibliografia

- Cierpiałkowska, L., Grzegorzewska, I. (2020). Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży – salutogenetyczne i patogenetyczne modele empiryczne i teoretyczne. W: I. Grzegorzewska, L. Cierpiałkowska, A.R. Borkowska (red.), *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży* (ss. 31-60). Warszawa: PWN.
- Czapiński, J. (red.). (2004). *Psychologia pozytywna: Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa: PWN.
- Kasperek-Golimowska, E. (2012). Nadzieja i optymizm vs. zwątpienie i pesymizm w kontekście „dobrego życia” w kulturze konsumpcji. *Studia Edukacyjne*, 19, 179-213.
- Kielan, A., Olejniczak, D. (2018). Czynniki ryzyka oraz konsekwencje zachowań samobójczych z uwzględnieniem problematyki samobójstw dzieci i młodzieży. *Dziecko krzywdzone: Teoria, badania i praktyka*, 17 (3), 9-26.
- Kołodziej-Zaleska, A., Przybyła-Basista, H. (2018). Dobrostan psychiczny i jego pomiar za pomocą polskiej wersji Oksfordzkiego Kwestionariusza Szczęścia. *Czasopismo Psychologiczne*, 24, 87-97.
- Lista Ośrodków I Poziomu Referencyjnego stan na dzień 17 czerwca 2021* (2021). Warszawa: Ministerstwo Zdrowia. Pobrane z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rozpoczecie-dzialalnosciosrodkow-i-stopnia-referencyjnego>.
- Mazur, J., Małkowska-Szkutnik, A. (red.) (2011). *Wyniki badań HBSC: Raport techniczny*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Modrzejewska, R., Bomba, J. (2010). Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych i używania substancji psychoaktywnych w populacji 17-letniej młodzieży wielkomiejskiej. *Psychiatria Polska*, 44 (4), 579-592.
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2017–2022* (2017). Warszawa: Ministerstwo Zdrowia. Pobrane z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-ochrony-zdrowia-psychicznego1>.
- Nowy model ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży* (2020). Warszawa: Ministerstwo Zdrowia. Pobrane z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/nowy-model-ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy>.
- Rozpoczęcie działalności ośrodków I poziomu referencyjnego* (2021). Warszawa: Ministerstwo Zdrowia. Pobrane z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rozpoczecie-dzialalnosciosrodkow-i-stopnia-referencyjnego>.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6), 1069-1081.
- Syrek, E. (2019). Zdrowie psychiczne, higiena psychiczna – edukacja dla dobrostanu psychicznego – aktualność poglądów i koncepcji Kazimierza Dąbrowskiego. *Pedagogika Społeczna*, 3 (73), 223-235.
- Syrek, E. (2015). Zdrowie psychospołeczne młodzieży czasu współczesnych przemian – konteksty kształtowania umiejętności życiowych. W: K. Segiet (red.), *Młodzież w dobie przemian społeczno-kulturowych* (ss. 157-167). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Szafranec, K. (2011). *Młodzi 2011*. Warszawa: Kancelaria Prezesa Rady Ministrów.
- Tabak, I. (2014). Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Wsparcie dzieci i młodzieży w pokonywaniu problemów. *Studia BAS*, 2 (38), 113-138.

