

Załącznik 1.
Do Uchwały Nr 3708/VIII/26
Zarządu Województwa Dolnośląskiego
z dnia 17 lutego 2026r.

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

AKCEPTUJĘ

.....
data, oznaczenie¹⁾ oraz podpis osoby
zatwierdzającej program polityki
zdrowotnej do realizacji oraz
wskazanie
podstawy akceptacji, jeżeli dotyczy

**Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zaburzeń
psychicznych, w tym depresji oraz zapobiegania samobójstwom dla
dzieci i młodzieży na terenie Województwa Dolnośląskiego**

na 2026 rok

art. 9 pkt 1 oraz art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.)

Wrocław, 2026

¹⁾ Oznaczenie obejmuje imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	3
I.1. Opis problemu zdrowotnego	3
I.2. Dane epidemiologiczne	5
I.3. Opis obecnego postępowania	9
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	11
II.1. Cel główny.....	11
II.2. Cele szczegółowe	11
II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	11
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	12
III.1. Populacja docelowa.....	12
III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej	12
III.3. Planowane interwencje	13
IV. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	17
IV.1. Monitorowanie	17
IV.2. Ewaluacja	17
V. Budżet Programu i źródła finansowania.....	18
VI. Bibliografia	20

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

I.1. Opis problemu zdrowotnego

Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży stanowią poważny problem zdrowotny w związku z wpływem na codzienne funkcjonowanie oraz długoterminowymi konsekwencjami dla zdrowia psychicznego w życiu dorosłym [1]. W związku z pandemią Covid-19 obserwuje się znaczący wzrost problemów psychicznych wśród ludzi. Szczególną grupę, narażoną na konsekwencje epidemii, stanowią dzieci i młodzież. Wynika to ze specyfiki okresu rozwojowego na poziomie biologicznym (dynamicznych zmian zachodzących w ośrodkowym układzie nerwowym), a także na poziomie specyfiki funkcjonowania edukacyjnego (dynamicznego procesu nauczania, znacząco zakłóconego przez formę edukacji w okresie izolacji) oraz specyfiki funkcjonowania społecznego (potrzebą rozwijania relacji z rówieśnikami, która została ograniczona podczas epidemii Covid-19).[2] Konsekwencją różnych zmian i ograniczeń jest konieczność adaptacji, która u osób predysponowanych do problemów psychicznych może skutkować pojawieniem się pełnoobjawowego zaburzenia psychicznego. Zaburzenia psychiczne wiążą się z problemami emocjonalnymi, wpływając niekorzystnie na zachowanie osób, u których występują, skutkują osłabieniem funkcji poznawczych (uwagi, pamięci) i w efekcie mogą negatywnie wpływać na edukację, zainteresowania, funkcjonowanie społeczne i rodzinne dziecka. Większość zaburzeń psychicznych manifestuje się zmianą w różnych obszarach: wyglądzie, zachowaniu, aktywności, relacjach rówieśniczych i rodzinnych. Najpoważniejszym skutkiem zaburzeń psychicznych są zachowania samobójcze, które niejednokrotnie kończą się śmiercią [3].

Do czynników ryzyka samobójstwa należą różne zmienne definiujące zarówno samopoczucie psychiczne, czynniki rodzinne i środowiskowe, a także niekorzystne doświadczenia życiowe (traumy psychologiczne). Pierwszą grupę (samopoczucie psychiczne) stanowią czynniki związane bezpośrednio z aktualnym stanem psychicznym: myśli i plany samobójcze, diagnoza niektórych zaburzeń psychicznych (epizodu depresyjnego, zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, schizofrenii, jadłowstrętu psychicznego, uzależnienia od alkoholu lub substancji psychoaktywnych), niektóre objawy psychopatologiczne (impulsywność, silny lęk i niepokój, zaburzenia snu, poczucie beznadziejności, niska samoocena). Ryzyko samobójstwa dotyczy także osób, które przebywały w szpitalu psychiatrycznym (największe bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji), a także osób, które dokonały próby samobójczej w przeszłości. Kolejne czynniki ryzyka to: samobójcza śmierć w rodzinie, strata rodzica (śmierć, rozwód), inne traumatyczne wydarzenia życiowe, doświadczenie przemocy (maltretowania, przemocy seksualnej, dręczenia), brak wsparcia społecznego, zła relacja z rodzicami/opiekunami. Ponadto próby samobójcze występują częściej w grupie osób, które miały bezpośredni kontakt z osobą, która prezentuje zachowania samobójcze [2].

Spośród zaburzeń psychicznych, które zwiększają ryzyko samobójstwa, szczególną pozycję ze względu na częstość występowania w okresie adolescencji, stanowią epizody depresyjne. Zgodnie z obowiązującą w Polsce klasyfikacją ICD-11 epizod depresyjny charakteryzuje się występowaniem niemal codziennie przez okres co najmniej 14 dni obniżonego nastroju (smutku, przygnębienia, rozdrażnienia) i/lub zmniejszonego zainteresowania codziennymi sprawami, aktywnością, którym towarzyszą inne symptomy: zaburzenia koncentracji, zmęczenie lub brak energii, spowolnienie aktywności psychoruchowej, zmniejszenie apetytu, zaburzenia snu, negatywne myślenie z przekonaniem o braku własnej wartości, poczuciem winy, beznadziejności, nawracające myśli rezygnacyjne (o bezsensie życia, śmierci) i myśli samobójcze [3].

Epizody depresyjne są diagnozowane jako zaburzenie – jednostka nozologiczna (gdy pojawiają się po raz pierwszy), nawracające zaburzenie depresyjne (jeśli u danej osoby występują co najmniej dwa razy na przestrzeni życia), występują w przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych (wraz z epizodami maniakalnymi lub hipomaniakalnymi) a także zaburzeń schizoafektywnych (jeśli współwystępują z objawami typowymi dla schizofrenii) [4].

Epizod depresyjny może dotknąć każdego niezależnie od wieku, płci czy też innych zmiennych demograficznych. Istnieje jednak grupa czynników, które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia epizodu. Należą do nich: historia depresji w rodzinie, utrzymujący się, przewlekły stres (wygenerowany przez różne sytuacje, także stresory związane z sytuacją szkolną i rówieśniczą, problemy w relacjach, dręczenie przez rówieśników), historia przemocy lub zaniedbania w rodzinie, poważne zmiany zachodzące w życiu (rodzinnym np.: rozwód, szkolnym np.: zmiana szkoły), przewlekła reakcja żałoby po śmierci osoby bliskiej, doświadczenie osobiste przewlekłej choroby somatycznej, aktualne zaburzenie psychiczne lub historia urazów głowy na przestrzeni życia [5]. Wpływ zaburzeń psychicznych na codzienne osobiste funkcjonowanie człowieka można szacować na różne sposoby. Jednym z nich jest ocena stopnia niepełnosprawności podczas trwania epizodu choroby. W badaniach wśród młodzieży stwierdzono, że 63% osób chorujących na epizody depresyjne doświadcza znaczącej niepełnosprawności w co najmniej jednej sferze codziennego funkcjonowania. Jednym z najważniejszych obszarów funkcjonowania młodego człowieka jest edukacja. Nie ma wątpliwości, że osoby, które w młodości chorują na depresję, mają duże problemy edukacyjne. Badania pokazują, że trudności te dotyczą ukończenia szkoły średniej. Ryzyko niepowodzenia w tym aspekcie jest znacznie wyższe w porównaniu z innymi grupami młodych ludzi. Badania prowadzone w grupie młodzieży wskazują, że osoby doświadczające depresji nie są w stanie funkcjonować w różnych rolach średnio przez 10 dni w ciągu roku poprzedzającego wywiad. W przypadku epizodów depresji o cięższym przebiegu czas ten wydłuża się dwukrotnie [6]. Kolejnym poważnym następstwem depresji jest ryzyko wczesnego zgonu. Wynika ono ze specyfiki symptomatologii depresji, której immanentnym objawem są myśli i zachowania samobójcze. Dane dotyczące związku między depresją a samobójstwem w grupie młodzieży pokazują, że nawet do 60% dzieci chorowało na depresję tuż przed śmiercią wynikającą z samobójstwa. W przypadku prób samobójczych 40–80% adolescentów spełnia kryteria diagnostyczne depresji. Wykazano, że występowanie w przeszłości różnych działań

samobójczych i depresji zwiększa ryzyko ponownej próby samobójczej i samobójstwa. Badanie wśród osób w wieku 21–25 lat dotyczące wpływu nawracającej depresji na rokowanie wykazało, że zależy ono od liczby epizodów depresyjnych w okresie adolescencji i wczesnej młodości (między 16. a 21. r.ż). Ryzyko występowania myśli i działań samobójczych jest tym większe, im więcej epizodów miało miejsce w przeszłości, co pozwala na sformułowanie wniosku, że im wcześniej postawiona zostanie diagnoza i wdrożone zostanie leczenie, tym mniejsze zagrożenie samobójstwem w przyszłości [7,8].

I.2. Dane epidemiologiczne

Na podstawie metaanalizy kilkuset dostępnych w literaturze publikacji oszacowano, że zaburzenia depresyjne można stwierdzić u 2,6%, natomiast duże zaburzenia depresyjne (zgodnie z klasyfikacją DSM-5) u 1,3% osób do 18. r.ż. Oznacza to, że na całym świecie zaburzenia depresyjne występują u ok. 47 mln dzieci. Średni wiek zachorowania w grupie dzieci i młodzieży przypada na okres między 11 a 14. r.ż., średnia wieku pierwszego epizodu depresji to 12 lat. Dane z badań prospektywnych wskazują, że zachorowalność na depresję (nowe przypadki choroby) wynosi 1–2% w wieku 13 lat oraz 3–7% w wieku 15 lat. Zachorowalność na depresję zachowuje tendencję wzrostową do okresu wczesnej dorosłości. Wiek to zmienna, która znacząco wpływa na wskaźniki chorobowości zaburzeń depresyjnych. Wskaźniki te są stosunkowo niskie w okresie wczesnego dzieciństwa, rosną jednak wyraźnie z wiekiem i zupełnie inaczej kształtują się wskaźniki chorobowości zaburzeń depresyjnych wśród nastolatków. W 2014 r. w USA szacowano, że ok. 2,8 miliona dzieci w wieku 12–17 lat doświadczyło co najmniej jednego epizodu depresyjnego w ciągu roku poprzedzającego badanie. Podana liczba osób stanowi 11,4% populacji młodzieży w podanym przedziale wiekowym [11]. Polskie dane dotyczące liczby pacjentów przed 18 r.ż., którzy skorzystali z leczenia psychiatrycznego w ramach NFZ pokazują, że w 2020 r na terenie kraju było 146,2 tysiąca osób, zaś na terenie Dolnego Śląska 12,15 tysiąca. W tej grupie na terenie województwa dolnośląskiego 2080 osób przed 18 r.ż. zgłosiło się z powodu objawów zaburzeń emocjonalnych oraz zaburzeń nastroju (w tym zaburzeń depresyjnych), 1840 z powodu zaburzeń zachowania oraz mieszanych zaburzeń zachowania i emocji, 2270 z powodu zaburzeń nerwicowych i pod postacią somatyczną [12].

Ważną zmienną w epidemiologii zaburzeń depresyjnych u dzieci jest także płeć. Chorobowość przed okresem dojrzewania jest wyższa wśród chłopców lub według innych autorów, taka sama wśród chłopców i u dziewcząt. Jednak w okresie dojrzewania następuje zmiana proporcji na rzecz wyższej chorobowości u dziewcząt, a potem młodych kobiet. W amerykańskim badaniu wśród 13–18-latków ryzyko zachorowania na depresję było 2–3 razy wyższe wśród dziewcząt niż wśród chłopców, a w przypadku epizodu ciężkiego nawet 4-krotnie wyższe [6].

Dane epidemiologiczne dotyczące samobójstw zakończonych zgonem oraz zamachów samobójczych w populacji polskiej pochodzą przede wszystkim ze statystyk policyjnych, których wiarygodność jest określana jako umiarkowana. Duża liczba zamachów samobójczych nie jest ujawniana przez osobę, które jej dokonuje lub też jest zgłaszana osobom, które nie przekazują tych

na 2026 rok

informacji do oficjalnych statystyk policyjnych. Należy zatem przyjąć, że powyższe statystyki dotyczące liczby prób samobójczych są znacząco niedoszacowane [13].

W niektórych krajach na świecie (np. Wielkiej Brytanii, Irlandii, USA) próby samobójcze raportuje się na poziomie centralnym, zakłada się, że poziom niedoszacowania częstości prób samobójczych wynikający m.in. z zatajania aktu i nieszukania pomocy medycznej, może sięgać 60%, [15, 16]. Z kolei dane publikowane przez *American Association of Suicidology* wskazują, że w grupie wiekowej osób między 15 a 24 r.ż. na każde samobójstwo zakończone zgonem przypada 100–200 podjętych prób.

Istotnym czynnikiem związanym z ryzykiem różnych zachowań samobójczych jest płeć. Od lat wyniki badań pokazują, że w populacji młodzieży dziewczęta kilkakrotnie częściej dokonują prób samobójczych niż chłopcy, natomiast w przypadku dokonanych samobójstw proporcje te są odwrotne. Dane Komendy Głównej Policji opublikowane w raporcie pn. „Samobójstwa w Polsce w latach 2020 do 2024” wykazały spadek liczby samobójstw o 6,2% wśród dzieci i młodzieży. Natomiast w 2025 roku odnotowano niespodziewany wzrost liczby samobójstw dzieci i młodzieży o 26,8% (161 przypadków). Niepokojące jest, że w najmłodszej grupie wiekowej 13-18 lat charakterystyczny jest wysoki odsetek dziewcząt 42%, które popełniły samobójstwo. Jeśli chodzi o próby samobójcze w całej populacji odnotowano zahamowanie trendu wzrostowego trwającego od pandemii Covid 19. W 2025 roku liczba prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży spadła o 6,3% w stosunku do 2024 roku. Eksperci są zgodni, że ważnym czynnikiem wpływającym na ryzyko zachowań samobójczych jest przemoc rówieśnicza w grupie 11-17 lat, której doświadcza 66% osób, oraz przemoc rówieśnicza online 36% osób.

Tabela przedstawia dane dotyczące liczby samobójstw zakończonych zgonem w grupach wiekowych 7-12 lat i 13-18 lat raportowane przez Komendę Wojewódzką Policji we Wrocławiu w latach 2021-2025, które zestawiono z informacjami Komendy Głównej Policji zamieszczonych w Raporcie Biura do spraw zapobiegania zachowaniom samobójczym.

Tabela nr 1. Liczba samobójstw zakończonych zgonem w grupach wiekowych 7-12 i 13-18 lat na Dolnym Śląsku(DŚ) i w Polsce (Samobójstwa i próby samobójcze w Polsce w latach 2020-2024 dane KGP).

Rok	Dzieci DŚ 7-12 lat	Dzieci DŚ 13-18 lat	Łącznie DŚ	Polska	Procent dzieci z DŚ względem Polski
2021	0	8	8	127	6%
2022	0	8	8	156	5%
2023	1	12	13	145	9%
2024	0	11	11	127	9%
2025	0	13	13	161	8%

Z przedstawionych danych wynika spadek liczby samobójstw w latach 2022-2024 wśród dzieci i młodzieży w Polsce, natomiast w roku 2025 natrafił ich wzrost. Porównując statystyki Dolnego Śląska względem danych krajowych można zauważyć utrzymujący się na podobnym poziomie wskaźnik samobójstw w 2023-2025 (8% względem całego kraju).

Poniżej przedstawiona została liczba samobójstw wśród dzieci i młodzieży w 2024 roku z podziałem na województwa z której wynika, że Dolny Śląsk jest na 3 miejscu w Polsce pod względem liczby osób do lat 19, które odebrały sobie życie.



Rysunek 1 liczba samobójstw dzieci i młodzieży w 2024 roku w podziale na województwa

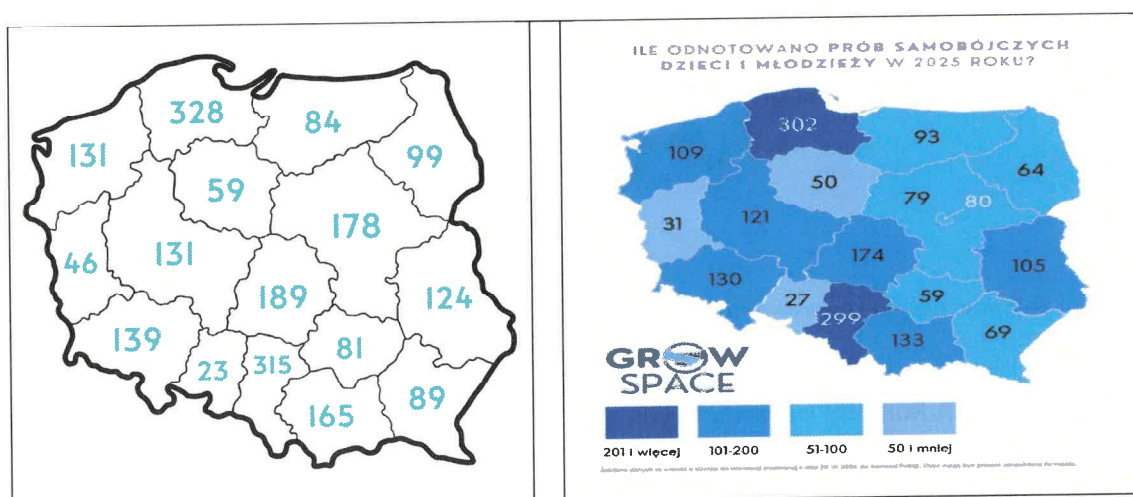
Według danych Komendy Głównej Policji, procentowy udział samobójstw w podziale na płeć w 2024 roku wskazywał na przewagę chłopców 56,7 % względem dziewczynek. Odwrotna sytuacja ma miejsce względem prób samobójczych, gdzie w 2024 roku wśród wszystkich prób samobójczych, aż 77,8 % dokonana była przez dziewczęta. Poniższa tabela nr 2 przedstawia aktualne dane w zakresie dokonanych prób samobójczych w Polsce i Dolnym Śląsku, uwzględniając 2025 rok.

na 2026 rok

Tabela nr 2. Liczba prób samobójczych w Polsce i Dolnym Śląsku i w Polsce (Samobójstwa i próby samobójcze w Polsce w latach 2020-2024 dane KGP).

Rok	Dzieci DŚ 7-12 lat	Dzieci DŚ 1 3-18 lat	Łącznie DŚ	Polska	Procent dzieci z DŚ względem Polski
2021	7	85	92	1369	7%
2022	7	94	101	1936	5%
2023	3	90	93	1994	5%
2024	4	135	139	2054	7%
2025	7	123	130	1925	8%

Na poniższych rysunkach nr 2 i 3 podstawiono statystyki dla poszczególnych województw w zakresie prób samobójczych osób do lat 19 r.ż. wynika, że Dolny Śląsk w 2025 r. uplasował się na piątym miejscu.



Rysunek 2 i 3 Liczba prób samobójczych dzieci i młodzieży w 2024 i 2025 roku w podziale na województwa

Epidemiologia zachowań samobójczych jednoznacznie wskazuje na ich związek z zaburzeniami psychicznymi. Dane pochodzące z opracowań naukowych wskazują, że ponad 90% osób w wieku adolescencji, które dokonały samobójstwa, spełniały kryteria co najmniej jednego zaburzenia psychicznego (u ponad połowy były to zaburzenia depresyjne). Ponadto oszacowano, że ryzyko samobójstwa w grupie osób, u których stwierdzono epizod depresyjny jest co najmniej 15 razy wyższe niż w populacji ogólnej.

Przedstawione powyżej fakty dotyczące samobójstw, ich związku z zaburzeniami psychicznymi (zwłaszcza depresyjnymi) oraz czynnikami ryzyka obu zjawisk, wskazują jednoznacznie na konieczność wdrażania strategii zmierzających do wczesnej identyfikacji osób zagrożonych wystąpieniem depresji

i innych zaburzeń psychicznych. Bardzo istotny jest czas udzielenia pomocy osobom zagrożonym.

I.3. Opis obecnego postępowania

Zgodnie z wytycznymi WHO zawartymi w dokumencie „*Polityka Ochrony Zdrowia Psychicznego. Plany i Programy*” z 2004 roku ochronę zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży uznaje się za priorytet w polityce ochrony zdrowia [9]. Z kolei Unia Europejska w tzw. Zielonej Karcie (Green Paper) z 2005 roku wskazuje ten sam priorytet w tworzonej strategii na rzecz poprawy zdrowia psychicznego całej populacji kontynentu europejskiego [10]. WHO w cytowanym dokumencie wskazuje, że ochrona zdrowia psychicznego obejmuje różne działania, do których zalicza się następujące:

1. promocję zdrowia psychicznego;
2. profilaktykę zaburzeń psychicznych;
3. leczenie;
4. rehabilitację.

Promocja zdrowia jest pierwszym elementem składającym się na ochronę zdrowia psychicznego zgodnie z wytycznymi WHO. Podstawowym źródłem wiedzy na temat fizjologii, a także podstawowych chorób, w tym zaburzeń psychicznych, z którego korzystają dzieci i młodzież są treści przekazywane w szkołach oraz w mediach.

Profilaktyka zaburzeń zdrowia psychicznego wymaga długofalowej i przemyślanej strategii i powinna być prowadzona w odniesieniu do rodziców i dzieci, aby wzmocnić czynniki ochronne i zminimalizować ryzyko zachorowania na choroby psychiczne.

W obrębie działań resortu oświaty, widoczne są liczne inicjatywy szkoleniowo- warsztatowe skierowane do nauczycieli i rodziców, zwiększające ich świadomość w zakresie rozpoznawania symptomów zaburzeń psychicznych i sygnałów związanych z ryzykiem działań samobójczych. Rodzice za pośrednictwem dziennika elektronicznego otrzymują liczne materiały zwiększające ich wiedzę w przedmiotowym zakresie. Z myślą o nauczycielach powstało wiele poradników i podręczników metodycznych dotyczących przeciwdziałania depresji i samobójstwom u dzieci i młodzieży np.: „Nastoletnia depresja”, „Depresja to choroba a nie gorszy dzień”, a także możliwość uczestniczenia w tematycznych webinarach.

Z kolei w kwestii oddziaływań terapeutycznych i leczniczych osób, które doświadczają problemów psychicznych, w tym myśli samobójczych, korzystają z ogólnodostępnego systemu opieki psychiatrycznej w ramach świadczeń refundowanych na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2021 r., zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [18]. Na system ten składają się:

- Ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci młodzieży (instytucje działające od 2021 r. jako ośrodki I stopnia referencyjności zgodnie z reformą świadczeń w opiece psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą),
- Poradnie Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży,

na 2026 rok

- Oddziały dzienne- II poziom referencyjny,
- Psychiatryczne Izby Przyjęć przy szpitalach, w których strukturach mieści się oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży- III poziom referencyjny.

W wymienionych wyżej instytucjach w ramach świadczeń refundowanych przez NFZ dokonywany jest proces diagnostyczny, w sytuacjach wymagających leczenia wdrażane jest leczenie psychiatryczne oraz prowadzone są oddziaływania psychoterapeutyczne. W ramach opieki ambulatoryjnej NFZ gwarantuje następujące świadczenia dla dzieci i młodzieży:

- porady lekarskie (diagnostyczną, terapeutyczną i kontrolną),
- porady psychologiczne,
- poradę kompleksowo-konsultacyjną dla dzieci z autyzmem,
- sesje psychoterapii indywidualnej, rodzinnej, grupowej oraz sesje wsparcia psychologicznego,
- porady domowe lub środowiskowe,
- programy terapeutyczne i rehabilitacyjne dla osób z autyzmem (w tym wizyty terapeutyczne polegające na indywidualnej terapii psychologicznej, terapii i poradnictwo psychologiczne dla rodzin, terapii zaburzeń mowy i porozumiewania się i psychoedukację rodziców),
- oraz turnus rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi.

Obecnie na terenie województwa dolnośląskiego funkcjonują 44 podmioty z zakontraktowanymi przez NFZ usługami w obrębie I poziomu referencyjnego, 10 placówek w ramach II poziomu referencyjnego (poradnia) oraz 7 placówek (poradnia i oddział dzienne) i 4 placówki obejmujące III poziom referencyjny czyli oddział stacjonarny. Kolejnym ważnym elementem jest czas oczekiwania na pierwszą wizytę. Według danych NFZ z dnia 07 października 2025 roku, kolejka do poszczególnych poziomów pomocy wynosi od 2 tygodni do 6 miesięcy. Krótszy czas oczekiwania jest do I poziomu, a im wyższy poziom referencyjny tym kolejka się wydłuża. Obserwuje się również bardzo niepokojący wskaźnik obłożenia łóżek szpitalnych psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży wynoszący ponad 100%, który realizują w głównej mierze pacjenci pilni, a nie planowi.

Na podstawie przedstawionych informacji wnioskować można, że brakującym, koniecznym ogniwem jest koordynacja działań związanych z pomocą dla pacjentów w kryzysie zdrowia psychicznego, aby móc szybko zdiagnozować i wspierać zanim możliwie będzie to w jednym z 3 poziomów referencyjnych. Działania wspierająco- diagnostyczne mogą uchronić również przed hospitalizacją, bo będą wspierać aż do momentu objęcia pomocą finansowaną przez NFZ. Dużą potrzebą jest również koordynacja pomocy międzyinstytucjonalnej, rodzina z problemem zdrowia psychicznego, powinna jak najszybciej otrzymać pomoc, powinna też wiedzieć, gdzie może tę pomoc uzyskać, a szkoły, czy ośrodki pomocy społecznej powinny wiedzieć gdzie skierować rodzinę, aby tę pomoc otrzymała.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny

Wczesna identyfikacja i pomoc osobom w kryzysie psychicznym lub doświadczającym zaburzeń psychicznych (przede wszystkim depresyjnych) oraz u których występują czynniki ryzyka samobójstwa.

II.2. Cele szczegółowe

1. Upowszechnianie informacji o istniejących formach wsparcia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży finansowanych przez NFZ dla rodziców, nauczycieli i osób w kryzysie- popularyzacja ośrodków I i II poziomu referencyjnego, które powstają w ramach reformy psychiatrii.
2. Zapewnienie koordynacji działań pomocowych między szkołami a instytucjami medycznymi świadczącymi opiekę psychologiczną, psychoterapeutyczną i psychiatryczną poprzez koordynatorów regionalnych.
3. Poprawa dostępności do oddziaływań psychologicznych, psychoterapeutycznych poprzez skrócenie czasu oczekiwania na diagnozę oraz zapewnienie działań wspierających.
4. Zwiększenie dostępności do oddziaływań wspierających dla rodziców dzieci doświadczających kryzysu psychicznego lub zaburzeń psychicznych.
5. Poprawa ogólnego samopoczucia i stanu psychicznego osób uczestniczących w programie, a tym samym uniknięcie hospitalizacji.

II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tabela nr 3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Wskaźnik	Wartość całkowita	Wartość docelowa	Sposób pomiaru
Liczba szkół, które otrzymają informację o programie i kontakcie do koordynatora regionalnego	1204 szkoły (866 szkół podstawowych, 338 szkół średnich)	70% szkół	Liczba szkół poinformowanych o programie
Skrócenie czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z pomocą psychologiczną	Poniżej 1 tygodnia	60% zgłoszeń poniżej tygodnia 40% między 1 a 2 tygodniem	Czas między zgłoszeniem się pacjenta a pierwszym spotkaniem diagnostycznym

na 2026 rok

Zapewnienie koordynacji we współpracy między szkołami a instytucjami świadczącymi terapie	1204 szkół	50% szkół z danego regionu	Liczba szkół z którymi koordynator nawiąże współpracę
Zwiększenie dostępności do oddziaływań profilaktycznych (psychologicznych, psychoterapeutycznych)	134525- uczniowie klas 4-8 66067- uczniów szkół średnich 200 592 łącznie	8-10% populacji uczniów szkół podstawowych (klas 4-8) i szkół średnich	Liczba dzieci, który zostaną objęte pomocą
Poprawa stanu psychicznego pacjenta (redukcja objawów depresyjnych) na podstawie wyników ankiety	Wartość wyjściowa (indywidualna dla każdego pacjenta)	Redukcja 30% w stosunku do wartości wyjściowej	Wynik ankiety

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

III.1. Populacja docelowa

Populację docelową, objętą oddziaływaniami psychologicznymi i psychoterapeutycznymi stanowią uczniowie klas szkół ponadpodstawowych i dzieci klas 4-8 szkół podstawowych (dzieci i młodzież w wieku 10-19 lat), u których stwierdzono czynniki ryzyka rozwoju zaburzeń psychicznych (przede wszystkim depresyjnych) przebiegających z problemami w funkcjonowaniu lub zidentyfikowano sygnały świadczące o kryzysie psychicznym związanym z ryzykiem samobójstwa – ok. 10 % wskazanej populacji uczniów to jest ok. 20 tys. osób. Zatem zakłada się, że programem, w perspektywie rocznej, objęte zostanie minimum 20 tys. dzieci i młodzieży z Województwa Dolnośląskiego.

III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej

Kryteria kwalifikacji:

1. Wiek: 10-19 r.ż.
2. Dzieci i młodzież zgłoszona do programu przez rodziców lub opiekunów prawnych (zaniepokojonych zachowaniem dziecka, poszukujących pomocy, lub skierowanych przez szkołę do programu), a także młodzież, która zgłosi się sama. Zgłoszenie nastąpiło poprzez kontakt telefoniczny lub mailowy z koordynatorem regionalnym lub centralnym.
3. Koordynator we współpracy z pracownikiem infolinii kwalifikuje do programu na podstawie rozmowy telefonicznej tzw. triage diagnostyczny. Koordynator posiada odpowiednie narzędzia diagnostyczne wystandaryzowane dla wszystkich psychologów

prowadzących triage w programie.

4. Zgoda osoby wymagającej wsparcia, jej rodziców/ opiekunów prawnych.
5. Mieszkańcy województwa dolnośląskiego

III.3. Planowane interwencje

Poziom I – działania promocyjne i edukacyjne:

1. Kampania informacyjna w szkołach dla rodziców, nauczycieli i uczniów promująca program.
2. Przygotowanie materiałów edukacyjnych zawierających informacje na temat symptomów zaburzeń psychicznych (zwłaszcza depresyjnych) oraz sygnałów ryzyka samobójstwa (broszur i filmów) dla kadry szkolnej oraz dla rodziców.
3. Przygotowanie materiałów edukacyjnych dla dzieci i młodzieży promujących zdrowie psychiczne oraz strategie radzenia sobie w kryzysie psychicznym.

Poziom II – Utworzenie i prowadzenie infolinii

Koordynator Projektu odpowiada za utworzenie numeru telefonu przeznaczonego do rejestracji uczestników programu (pacjentów można zgłaszać również mailem, wówczas pracownik infolinii skontaktuje się telefonicznie). Na wydzielony numer telefonu dzwonić będą rodzice/ opiekunowie prawni zaniepokojeni zachowaniem swoich dzieci, a także młodzież szukająca pomocy. Podczas rozmowy telefonicznej, wykwalifikowany pracownik infolinii przeprowadzi triage diagnostyczny, który będzie oceniał potrzeby danego pacjenta, zakwalifikuje osobę do programu oraz określi dalszą ścieżkę pomocy. Następnym etapem jest przekazanie tej informacji do Koordynatora Regionalnego, odpowiedzialnego za obszar terytorialny z którego pochodzi pacjent.

Poziom III- Spotkania diagnostyczne

1. Powinny odbyć się najbliżej miejsca zamieszkania osoby zgłaszającej się po pomoc. Województwo podzielone na 4 obszary operacyjne, za każdy region odpowiada Koordynator Regionalny, który:
 - organizuje pracę zespołom diagnostycznym i zespołom wspierającym,
 - odpowiada za kontakt ze szkołami, instytucjami pomocy i promuje projekt,
 - pomaga pacjentowi w poruszaniu między poszczególnymi poziomami pomocy psychiatryczno-psychologicznej (według wskazań triagu, czy diagnozy dokonanej przez zespół diagnostyczny),
 - przekazuje informację o pacjencie do zespołu diagnostycznego (1 lub 2 osoby) wraz ze wskazaniem, kiedy i gdzie miałyby się odbyć badanie.

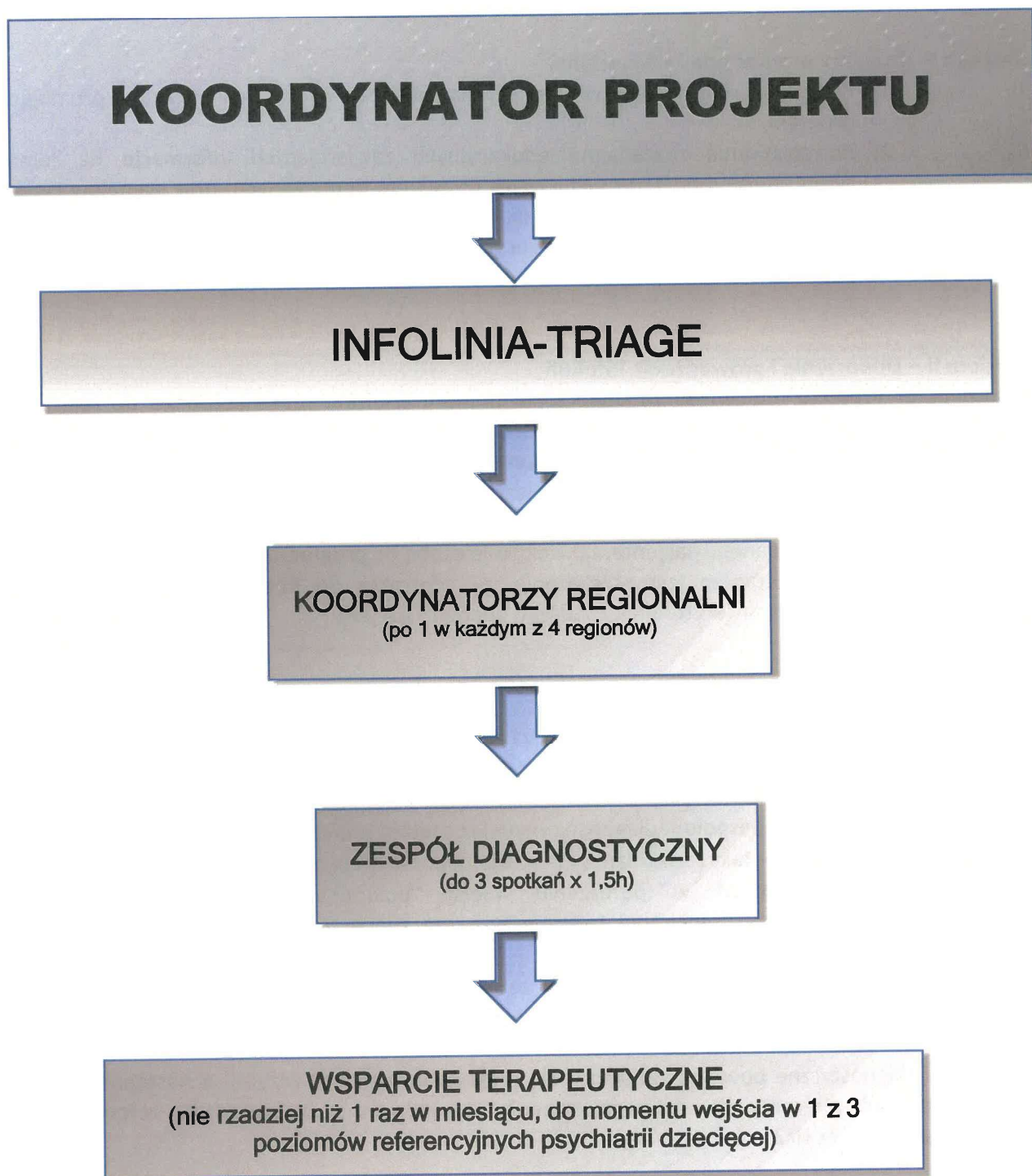
Spotkanie diagnostyczne powinno zakończyć się maksymalnie przy 3 wizycie, a następnie pacjent może otrzymać zalecenia do dalszego leczenia na jednym z 3 poziomów referencyjnych finansowanych przez NFZ.

Poziom IV- Spotkania wspierające

Do czasu objęcia uczestnika programu świadczeniami w ramach NFZ, istnieje możliwość otrzymania wsparcia psychologicznego podczas spotkań wspierających. Spotkania wspierające

na 2026 rok

powinny odbywać się nie rzadziej niż raz w miesiącu, aż do momentu wejścia dziecka w jeden z 3 poziomów referencyjnych. Spotkania odbywać mogą się w poradni lub w środowisku.



Ryc 1. Schemat działania

KOORDYNATOR PROJEKTU:	KOORDYNATOR REGIONALNY:
1. Nadzór nad realizacją projektu. 2. Opracowanie narzędzi diagnostycznych. 3. Organizacja poszczególnych jednostek regionalnych. 4. Rekrutacja kadry. 5. Organizacja szkoleń dla Koordynatorów Regionalnych i Zespołów Regionalnych. 6. Organizacja i prowadzenie infolinii. 7. Nadzór merytoryczny.	1. Koordynacja działań między jednostkami oświaty, pomocy społecznej, a społecznością lokalną, a placówkami ochrony zdrowia psychicznego w regionie. 2. Koordynacja między poszczególnymi poziomami pomocy psychiatryczno-psychologicznej. 3. Nadzór nad pracą poszczególnych zespołów. 4. Organizacja spotkań diagnostycznych (KR decyduje, czy w poradni lub w środowisku pacjenta). 5. KR może również organizować triage.
INFOLINIA	ZESPÓŁ DIAGNOSTYCZNY
1. Przyjmowanie zgłoszeń do centrum. 2. Przeprowadzenie tzw. triagu w zakresie zdrowia psychicznego, który przeprowadza psycholog lub psychoterapeuta. 3. Przekazanie zgłoszeń do koordynatora Regionalnego.	1. Jedno lub dwuosobowy zespół składający się z psychologów, który dokonuje diagnozy w poradni lub w środowisku, diagnoza trwa od 1 do 3 spotkań po 1,5 godziny. 2. Diagnoza kończy się decyzją o dalszej ścieżce terapeutycznej /I, II, III poziom referencyjny pomocy/ i konieczności działań wspierających.
	WSPARCIE TERAPEUTYCZNE
	1. Realizowanie przez zespół składający się z psychologów lub psychoterapeutów, przy założeniu prowadzenia terapii przez 1 psychologa/terapeutę dla 1 pacjenta. 2. Spotkania wspierające nie rzadziej niż raz w miesiącu, aż do momentu wejścia dziecka w jeden z 3 poziomów referencyjnych. 3. Spotkania w poradni lub w środowisku.

Tabela nr 4. Podział zadań na poszczególnych etapach projektu

na 2026 rok

ZAKRES DZIAŁANIA POSZCZEGÓLNYCH KOORDYNATORÓW REGIONALNYCH

Województwo dolnośląskie zostało podzielone na 4 regiony jako obszary pracy dla 4 Koordynatorów Regionalnych, dzięki temu wiadomo gdzie mają się zgłaszać mieszkańcy danego powiatu po pomoc i komu ma przyporządkować pacjentów Koordynator Projektu.



Ryc 2. Mapa podziału województwa na regiony oddziaływań poszczególnych Koordynatorów Regionalnych

IV. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

IV.1. Monitorowanie

Celem monitoringu będzie gromadzenie i raportowanie do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego danych dotyczących realizacji programu, na ich podstawie będzie oceniany przebieg programu, zgłaszalność, liczba uczestników, którzy ukończyli program a także efektywności programu.

IV.2. Ewaluacja

Ewaluacja będzie się odbywać na podstawie:

1. Ocena zgłaszalności do programu : liczba osób (10-19 lat rodziców/ opiekunów), które zgłosiły się do programu- kontakt telefoniczny lub mailowy.
2. Ocena efektywności:
 - Liczba szkół poinformowanych o programie,
 - Liczba dzieci objętych pomocą,
 - liczba instytucji współpracujących z koordynatorem regionalnym,
 - czas oczekiwania na pierwszy kontakt diagnostyczny,
 - liczba osób skierowanych do poszczególnych poziomów referencyjnych ,
 - czas jaki upłynął od momentu objęcia opieką pacjenta przez program do momentu wejścia w system świadczeń NFZ.

na 2026 rok

V. Budżet Programu i źródła finansowania

Tabela nr 5. Koszty realizacji programu (z wyszczególnieniem kosztów jednostkowych) – na 2026 rok.

RODZAJ KOSZTU	cena jednostkowa zł	liczba	Rodzaj jednostki	koszt miesięczny (brutto zł)	koszty roczne (zł)
Działania promocyjne i edukacyjne dla Nauczycieli , pedagogów szkolnych , rodziców/opiekunów i dzieci i młodzieży.	100 000	1	działanie	-	100 000
Główny koordynator projektu - (brutto) z kosztami pracodawcy	4 000	12	m-c	4 000	48 000
Główny konsultant medyczny (lekarz) - przygotowanie dokumentacji, nadzór merytoryczny -15h miesięcznie (brutto) z kosztami pracodawcy	200	15	godzina	3 000	36 000
Pracownik infolinii głównej- (brutto) z kosztami pracodawcy- 100 h miesięcznie	5 000	12	m-c	5 000	60 000
Koszt infolinii + nagrywanie	500	12	m-c	500	6 000
Koszt telefonu komórkowego koordynatora głównego	100	12	m-c	100	1 200
Wynagrodzenie dla koordynatorów regionalnych- (brutto) z kosztami pracodawcy	4 000	4	m-c	16 000	192 000
Wynajęcie pomieszczeń do spotkań terapeutycznych 4 pomieszczenia po 1 w każdym regionie	750	4	4 gabinety	3 000	36 000
Spotkania diagnostyczne (brutto) z kosztami pracodawcy dla 4 regionów	230	100	konsultacja	23 000	276 000
Spotkania wspierające (brutto) z kosztami pracodawcy dla 4 regionów	170	120	konsultacja	20 400	244 800
	-	-			
Suma:	-	-		zł	1 000 000.00 zł

Program finansowany z Budżetu Województwa Dolnośląskiego (BWD)

Spis tabel.

1. Tabela nr 1. Liczba samobójstw zakończonych zgonem w grupach wiekowych 7-12 i 13-18 lat w województwie dolnośląskim i w Polsce.
2. Tabela nr 2. próby samobójcze w Polsce i Dolnym Śląsku
3. Tabela nr 3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.
4. Tabela nr 4. Podział zadań na poszczególnych etapach projektu.
5. Tabela nr 5. Koszty realizacji programu (z wyszczególnieniem kosztów jednostkowych) na 2026 rok.

Spis rysunków.

1. Rysunek 1 liczba samobójstw dzieci i młodzieży w 2024 roku w podziale na województwa,
2. Rysunek 2 i 3 liczba prób samobójczych dzieci i młodzieży w 2024 i 2025 roku w podziale na województwa.

Spis rycin.

1. Ryc. 1. Schemat działania.
2. Ryc. 2. Mapa podziału województwa na regiony oddziaływań poszczególnych Koordynatorów Regionalnych.

VI. Bibliografia

1. Kessler, R.C., Foster, C.L., Saunders, W.B., Stang, P.E. (1995). Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *American Journal of Psychiatry*, 152(7): 1026–1032.
2. WHO European framework for action on mental health 2021-2025: draft for the Seventy-first Regional Committee for Europe.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344609/WHO-EURO-2021-3147-42905-59865-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Dilillo D, Mauri S, Mantegazza C, Fabiano V, Mameli C, Zuccotti GV. Suicide in pediatrics: epidemiology, risk factors, warning signs and the role of the pediatrician in detecting them. *Ital J Pediatr*. 2015 Jul 7;41:49.
4. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed,; ICD-11; World Health Organization, 2019)
5. Garber, J. (2006). Depression in children and adolescents: linking risk research and prevention. *American journal of preventive medicine*, 31(6), 104-125.
6. Avenevoli S., Swendsen J., He J.P. et al.: Major depression in the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement. prevalence, correlates, and treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2015; 54(1): 37-44.
7. Cash S.J., Bridge J.A.: Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. *Current Opinion in Pediatrics* 2009; 21(5): 613.
8. Fergusson D.M., Boden J.M., Horwood L.J.: Recurrence of major depression in adolescence and early adulthood, and later mental health, educational and economic outcomes. *Br. J. Psychiatry* 2007; 191: 335-342.
9. World Health Organization, (2004), *Mental Health Policy, Plans and Programs*, Geneva.
10. European Union, Green Paper. Improving the Mental Health of the Population: Towards a Strategy on Mental Health for the European Union, Brussels, COM (2005) 484.
11. Szewczuk-Bogusławska M., Rymaszewska J. Epidemiologia i konsekwencje depresji u młodych czyli o skali i skutkach depresji. *Depresja u młodych – przyczyny, diagnoza, leczenie*. Warszawa 2018, Medical Education s. 9-27.
12. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien-dzieci-i-mlodziez/>
13. <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html>
14. Gmitrowicz A. Depresja i samobójstwo u osób młodych. *Depresja u młodych – przyczyny, diagnoza, leczenie*. Warszawa 2018, Medical Education s. 87-113.
15. World Health Organization (WHO): Preventing suicide: a global imperative. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data 2014.
16. Wilkinson P.O., Kelvin R., Roberts C. et al.: Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *Am. J. Psychiatry* 2011; 168: 495-501.

na 2026 rok

17. <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/ochrona-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-młodzieży>
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210002400>

Marszałek
Województwa Dolnośląskiego
Paweł Gancarz

