

Analiza świadczeń psychiatrycznych udzielonych populacji rozwojowej w latach 2010–2016 na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia

Analysis of psychiatric services provided to children and youth in 2010–2016 based on the National Health Fund data

Blanka Skrzypkowska-Brancewicz¹, Małgorzata Janas-Kozik^{2,3},
Marta Anczewska⁴, Katarzyna Kucharska⁵, Daria Biechowska⁴,
Mariusz Zięba⁶, Beata Koń⁷, Barbara Więckowska⁸

¹ Centrum Zdrowia Psychicznego Optimmed Sp. z o.o., s. k. w Gdańsku

² Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katedra Psychiatrii i Psychoterapii,
Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego

³ Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o.

⁴ Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

⁵ Uniwersytet im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Instytut Psychologii

⁶ Ministerstwo Zdrowia, Departament Analiz i Strategii

⁷ Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Kolegium Analiz Ekonomicznych

⁸ Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Kolegium Ekonomiczno-Społeczne

Summary

Aim. In Poland, there is no systematic epidemiological research on mental disorders of children and adolescents in the general population, as well as a register dedicated to mental disorders. The aim of the presented study is to analyze psychiatric services reported to the National Health Fund that were provided to children and adolescents in the years 2010–2016.

Method. The starting point of this study was report entitled *Maps of health needs in mental disorders* published by the Ministry of Health. The analysis concerns all mental health services provided to children and adolescents in the years 2010–2016. The analysis covers seven largest, in terms of the number of patients, groups of mental disorders according to ICD-10 in children and adolescents.

Results. In the years 2010–2016, both the number of psychiatric service users under the age of 18 years and the total number of healthcare services have increased in almost all of analyzed areas. Unusually high increase in the number of services provided in the ad hoc mode in A&E department was registered, with a very small share of services provided in

home environment. In almost all analyzed groups of mental disorders, there was a greater number of boys, as well as residents of a town/city. Only in the group of neurotic disorders associated with stress and in the somatic form a slightly higher number of girls was noticed.

Conclusions. In the years 2010–2016, an increase in the number of registered cases in the population of children and adolescents and the number of services in almost all of the analyzed areas was observed. High increase in services provided in the ad hoc mode in A&E department and a small share of services provided in the home environment indicates significant discrepancy between the needs and the availability of resources.

Słowa kluczowe: świadczenia psychiatryczne, dzieci, adolescenci

Key words: psychiatric services, children, adolescents

Wprowadzenie

Zaburzenia psychiczne są główną przyczyną niepełnosprawności u dzieci i młodzieży, natomiast wiedza na temat całościowego rozpowszechnienia tych zaburzeń jest ograniczona [1]. Z przeprowadzonych analiz [2] wynika, że około 20% populacji rozwojowej cierpi na szeroko pojęte zaburzenia psychiczne. Uwzględniając fakt, że ponad 50% zaburzeń psychicznych dorosłych rozpoczyna się przed 16. rokiem życia [3], badania epidemiologiczne zaburzeń psychicznych w dzieciństwie mają znaczenie prognostyczne dla zaburzeń zdrowia psychicznego w dorosłości, jak również dla oceny ryzyka wystąpienia psychozy (szczególnie schizofrenii) oraz dla oceny długoterminowych efektów wczesnej interwencji [4]. W Polsce nie prowadzi się całościowych badań epidemiologicznych oceniających rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży [5], nie funkcjonuje też rejestr przeznaczony dla zaburzeń psychicznych. Źródłem informacji na temat rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w populacji rozwojowej jest jedynie „Rocznik Statystyczny – Zakłady Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej”, publikowany przez Instytut Psychiatrii i Neurologii.

W Polsce zaburzenia psychiczne w stopniu wymagającym leczenia dotyczą około 9% populacji dziecięco-młodzieżowej, co oznacza, że pomocy potrzebuje około 630 tysięcy dzieci i młodzieży poniżej 18. roku życia [6]. Z literatury przedmiotu wynika [7, 5, 8], że wskaźniki zachorowalności są wyższe w grupie osób zamieszkujących miasta. U chłopców częściej diagnozowane są zaburzenia hiperkinetyczne, całościowe zaburzenia rozwoju, zaburzenia zachowania, tiki i zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (OCD); u dziewcząt natomiast zaburzenia emocjonalne (w tym depresja) i zaburzenia odżywiania. Najbardziej rozpowszechnionym zaburzeniem w populacji rozwojowej są zaburzenia emocjonalne, przy czym obserwuje się tendencję wzrostową w ich występowaniu. Omawiając dane epidemiologiczne, należy wspomnieć o trudnościach związanych z kodowaniem „depresyjności/depresji młodzieńczej” wg ICD-10, która często umieszczana jest w grupie „mieszanych zaburzeń zachowania i emocji” i kodowana jako F92.0 – depresyjne zaburzenia zachowania (co może wynikać ze specyfiki obrazu klinicznego, nasilenia dominujących objawów czy błędu kodowania).

Autorzy alarmują, że 75% dzieci i adolescentów cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych nie otrzymuje potrzebnej pomocy [9]. Choć panuje powszechna zgoda co do tego, jak ważna jest szeroko pojęta profilaktyka oraz dostępna opieka psychia-

tryczna w dzieciństwie i okresie dojrzewania, istnieje ogromna rozbieżność między potrzebami a dostępnością zasobów [10–12]. W większości krajów Afryki i Azji nie funkcjonuje system psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla populacji rozwojowej, a w krajach rozwijających się, niezależnie od tego, jak niewiele usług jest dostępnych, są one oparte głównie na szpitalach lub innych placówkach opiekuńczych [12]. Nadal kraje o niższych dochodach i słabiej rozwinięte borykają się z niedoborem specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży oraz niską dostępnością tej opieki psychiatrycznej [13]. Kompleksowych informacji na temat psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży dostarcza badanie przeprowadzone niedawno w 28 krajach Europy [14]. Z opublikowanych danych wynika, że błędy w świadczeniu usług występują w całej Europie, głównie z powodu braku ścieżek opieki dostosowanych do potrzeb dzieci i młodzieży. Ponadto obserwuje się duże różnice między poszczególnymi krajami, jeśli chodzi o organizację i funkcjonowanie analizowanych systemów. Dla przykładu na Malcie i w Luksemburgu funkcjonowało po dwóch publicznych świadczeniodawców, w Wielkiej Brytanii zaś było ich 939; liczba świadczeniodawców w stosunku do populacji docelowej wahała się od 12,9 na 100 tysięcy młodych ludzi w Finlandii do 0,5 w Bułgarii. Dostępność placówek zapewniających opiekę ambulatoryjną dla dzieci i młodzieży w blisko 60% badanych krajów została oceniona jako niewystarczająca – np. w Estonii były one otwarte przez dwie godziny dziennie, natomiast w Rumunii już 12 godzin dziennie. W Polsce system opieki nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami psychicznymi charakteryzuje nierównomierne rozmieszczenie instytucji na terenie kraju, ponadto opiera się on głównie na opiece szpitalnej, przy relatywnie słabym rozwoju opieki środowiskowej [5]. W ostatnich latach dostępność opieki ambulatoryjnej poprawiła się tylko nieznacznie (jedynie w niektórych dużych miastach), funkcjonują wyłącznie pojedyncze zespoły leczenia środowiskowego, zarejestrowano niewiele (ok. 1000) miejsc na oddziałach dziennych dla dzieci i młodzieży [6].

W tym kontekście do celów polityki zdrowotnej przydatna może być analiza zarejestrowanej chorobowości oraz dynamiki zmian w obrębie usług, opracowana na podstawie świadczeń zdrowotnych udzielonych dzieciom i młodzieży w placówkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Cel pracy

Celem opracowania jest analiza wszystkich sprawozdanych do Narodowego Funduszu Zdrowia świadczeń psychiatrycznych udzielonych dzieciom i młodzieży w latach 2010–2016.

Materiał i metody

Punktem wyjścia badań był opublikowany w 2016 i 2018 roku przez Ministerstwo Zdrowia raport zatytułowany *Mapy potrzeb zdrowotnych* [15]. Zgodnie z treścią rozporządzenia (Dz.U. z 2015 r., poz. 458 [16]) raport został opracowany dla poszczególnych województw i zawiera informacje o demografii i epidemiologii województwa, stanie i wykorzystaniu zasobów oraz prognozie zachorowalności rejestrowanej. Uwzględnia

zarówno informacje o leczeniu zamkniętym (m.in. w dziale leczenie szpitalne), jak i o świadczeniach udzielanych w otwartych formach opieki (ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej, opiece dziennej).

W niniejszym opracowaniu rozszerzono zakres danych przedstawionych w dwóch edycjach raportu o dodatkowe lata – przeanalizowano dane dla lat 2010–2016 (raport opublikowany w grudniu 2016 roku przedstawia dane za 2014 rok; kolejna edycja, opublikowana w grudniu 2018 roku, zawiera dane za rok 2016). Ze względu na odrębności w postępowaniu diagnostycznym i leczniczym, jak również różnice dotyczące uwarunkowań społecznych, prezentowana analiza dotyczy świadczeń udzielonych dzieciom i młodzieży zdefiniowanym jako osoby, które w momencie zakończenia udzielania świadczenia miały, zgodnie z rocznikiem urodzenia, nie więcej niż 17 lat.

W opracowaniu, tak jak i w rzeczonym raporcie, wykorzystano bazę danych Narodowego Funduszu Zdrowia, która zawiera identyfikator pacjenta (kod PESEL) oraz informacje o wszystkich świadczeniach udzielonych pacjentowi na terenie całej Polski. Wybrano te świadczenia, których główną przyczyną były rozpoznania z grupy „Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania” (kod rozpoznania według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD-10 rozpoczynający się od litery F). Analizowano wszystkie sprawozdane świadczenia w ramach świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, bez względu na to, czy były opłacone, czy też należały do puli tzw. nadwykonań NFZ. W opracowaniu nie uwzględniono świadczeń udzielonych w komórkach podstawowej opieki zdrowotnej z powodu niskiej jakości sprawozdawanych danych.

Zaburzenia psychiczne wśród dzieci i młodzieży zostały pogrupowane według ICD-10. W celu dokonania analizy sprawozdanych świadczeń wybrano siedem największych pod względem liczby pacjentów grup zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży (łącznie ich udział stanowi ponad 80% wszystkich pacjentów). Grupy te wraz z odpowiadającymi kodami ICD-10 przedstawiono w tabeli 1.

W opracowaniu wyodrębniono formy leczenia na podstawie kodów resortowych charakteryzujących specjalność komórki organizacyjnej podmiotu leczniczego – kody wyszczególniono w pracy analizującej świadczenia dla dorosłych [17]:

- całodobowy oddział psychiatryczny, psychiatria sądowa, ośrodek rehabilitacji psychiatrycznej, psychiatryczna izba przyjęć/SOR;
- psychiatryczny oddział dzienny, hostel psychiatryczny, zespół leczenia środowiskowego;
- ambulatoryjna opieka psychiatryczna;
- domy opieki;
- pozostałe ośrodki przyjmujące pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych w latach 2010–2016.

W związku z tym, że świadczenia psychiatryczne są rozliczane za pomocą liczby osobodni bądź liczby porad w zależności od formy leczenia, zestawienia dotyczące świadczeń zostały przedstawione oddzielnie dla form rozliczanych według osobodni i liczby porad. W opracowaniu uwzględniono informacje dotyczące miejsca zameldo-

wania pacjenta w podziale na miasto i wieś na podstawie kodu terytorialnego gminy zamieszkania pacjenta [18].

Tabela 1. Grupy rozpoznai z odpowiadajcymi kodami wedug ICD-10

Nazwa podgrupy	Kod wedug ICD-10	Peana nazwa ICD-10
Zaburzenia nerwicowe zwiqzane ze stresem i pod postaciq somatycznq	F40	Zaburzenia lqkowe w postaci fobii
	F41	Inne zaburzenia lqkowe
	F42	Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne
	F43	Reakcja na ciqzki stres i zaburzenia adaptacyjne
	F44	Zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)
	F45	Zaburzenia wystqpujqce pod postaciq somatycznq
	F48	Inne zaburzenia nerwicowe
Upośledzenie umysłowe	F70	Upośledzenie umysłowe lekkiego stopnia
	F71	Upośledzenie umysłowe umiarkowanego stopnia
	F72	Upośledzenie umysłowe znacznego stopnia
	F73	Upośledzenie umysłowe gębokiego stopnia
	F78	Inne upośledzenie umysłowe
	F79	Upośledzenie umysłowe, nieokreślone
Zaburzenia rozwoju psychologicznego	F80	Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka
	F81	Specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych
	F82	Specyficzne zaburzenie rozwoju funkcji motorycznych
	F83	Mieszane specyficzne zaburzenia rozwojowe
	F84	Całościowe zaburzenia rozwojowe
	F88	Inne zaburzenia rozwoju psychologicznego
	F89	Nieokreślone zaburzenia rozwoju psychologicznego
Zaburzenia hiperkinetyczne i zaburzenia zachowania	F90	Zaburzenia hiperkinetyczne
	F91	Zaburzenia zachowania
Mieszane zaburzenia zachowania i emocji	F92	Mieszane zaburzenia zachowania i emocji
Zaburzenia emocji	F93	Zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie
Pozostałe zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się głównie w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym	F94	Zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym
	F95	Tiki
	F98	Inne zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym

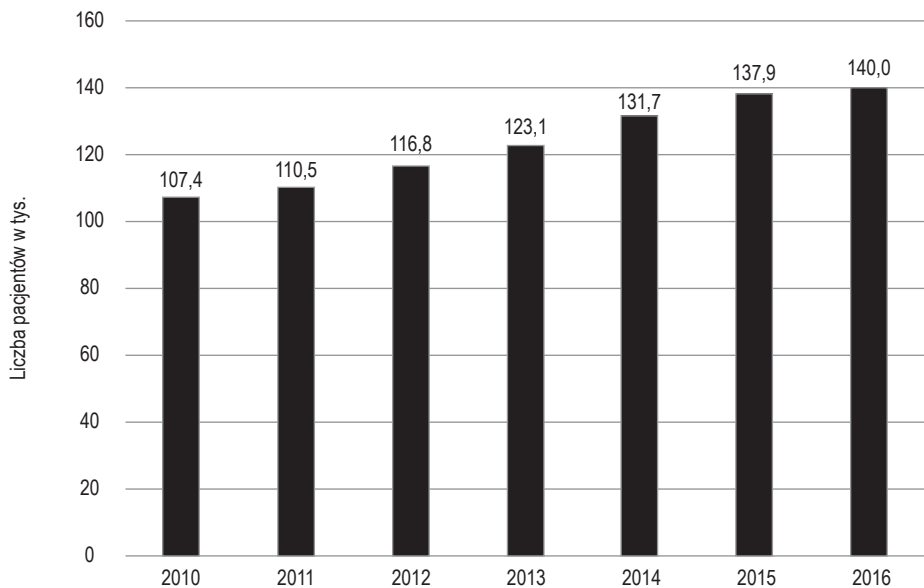
dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Pozostałe zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży	F00–F39	Zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe Zaburzenia nastroju (afektywne)
	F50–F69	Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych
	F99	Nieokreślone zaburzenia psychiczne

Wyniki

Pacjenci – wybrane wskaźniki

Wykres 1 przedstawia liczbę pacjentów poniżej 18. roku życia, dla których zostały sprawozdane świadczenia w latach 2010–2016.



Wykres 1. Liczba pacjentów poniżej 18. r.ż. (w tys.), dla których w latach 2010–2016 sprawozdano udzielenie świadczenia psychiatrycznego w systemie płatnika publicznego

W latach 2010–2016 systematycznie wzrastała liczba pacjentów poniżej 18. roku życia, dla których sprawozdano świadczenia psychiatryczne – ze 107,4 tysiąca w 2010 roku do 140 tysięcy w roku 2016 (wzrost o blisko 30% w ciągu 6 lat).

Strukturę demograficzną pacjentów ze względu na płeć i miejsce zameldowania przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Płeć i miejsce zameldowania pacjentów korzystających z wszystkich analizowanych form leczenia psychiatrycznego w latach 2010–2016

Rok	Liczba pacjentów (w tys.)	Płeć		Miejsce zameldowania	
		Dziewczęta (%)	Chłopcy (%)	Miasto (%)	Wieś (%)
2010	107,4	34,6%	65,4%	69,7%	30,3%
2011	110,5	34,9%	65,1%	69,1%	30,9%
2012	116,8	35,2%	64,8%	69,1%	30,9%
2013	123,1	35,4%	64,6%	68,6%	31,4%
2014	131,7	35,8%	64,2%	67,9%	32,1%
2015	137,9	35,9%	64,1%	67,2%	32,8%
2016	140,0	35,8%	64,2%	66,6%	33,4%

W latach 2010–2016 wśród pacjentów chłopcy stanowili zdecydowanie liczniejszą grupę – (ok. 65%), istotnie przewyższając naturalny rozkład płci w tej grupie wiekowej – w latach 2010–2016 chłopcy stanowili około 51% populacji dzieci i młodzieży poniżej 18. roku życia [19].

Blisko 70% pacjentów dziecięco-młodzieżowych było zameldowanych w mieście. Należy zauważyć, że ten rozkład procentowy nie jest zgodny z rozkładem obserwowanym dla całej populacji dzieci i młodzieży w Polsce – według danych GUS w latach 2010–2016 około 55–56% osób poniżej 18. roku życia było zameldowanych w mieście.

W dalszej kolejności określono liczbę pacjentów korzystających w latach 2010–2016 ze świadczeń w opiece psychiatrycznej w zależności od rozpoznania według grup wyszczególnionych w części pracy dotyczącej materiałów i metod. Wyniki procentowe ilustruje tabela 3, a liczby bezwzględne tabela 4.

Tabela 3. Liczba pacjentów (w %*) w zależności od grupy rozpoznania zaburzeń psychicznych w latach 2010–2016

Grupa rozpoznania	Rok						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Zaburzenia hiperkinetyczne i zaburzenia zachowania	29,3%	30,0%	30,4%	29,8%	28,8%	29,2%	29,0%
Zaburzenia rozwoju psychologicznego	22,4%	21,0%	20,7%	20,5%	20,2%	29,6%	30,6%
Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną	20,7%	22,5%	24,3%	26,8%	28,2%	20,2%	20,4%
Zaburzenia emocji	14,5%	15,4%	16,5%	16,2%	16,2%	16,0%	15,1%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Mieszane zaburzenia zachowania i emocji	14,3%	15,1%	14,9%	15,0%	14,8%	13,9%	12,9%
Upośledzenie umysłowe	11,1%	10,8%	10,4%	9,9%	9,3%	9,2%	8,8%
Pozostałe zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się głównie w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym	8,2%	8,5%	8,5%	8,3%	8,1%	8,1%	7,6%
Pozostałe zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży	19,2%	19,9%	18,6%	18,6%	19,2%	18,6%	17,7%

* Rozpoznania odnoszą się do głównej przyczyny udzielenia świadczenia (jeden pacjent mógł mieć więcej niż jedno świadczenie), dlatego suma udziału rozpoznań w danym roku przekracza 100%.

Z danych przedstawionych w tabeli 3 wynika, że w latach 2010–2016 największą liczbę pacjentów stanowiły osoby z rozpoznaniem zaburzeń hiperkinetycznych i zaburzeń zachowania oraz z zaburzeniami rozwoju psychologicznego (blisko 30%). Zwraca uwagę rosnący udział pacjentów w grupie zaburzeń rozwoju psychologicznego (od ponad 22% w 2010 r. do blisko 31% w 2016 r.), przy czym świadczenia dla nich były udzielane przez psychiatrów, psychologów i logopedów. Pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną stanowili trzecią pod względem liczebności grupę (20%). Ich odsetek znacznie się zwiększył w latach 2011–2014 (odpowiednio 23–28%), po czym w 2015 i 2016 roku spadł do 20%.

Tabela 4. Liczba pacjentów (w tys.) w zależności od grupy rozpoznań zaburzeń psychicznych w latach 2010–2016

Grupa rozpoznań	Rok							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Zaburzenia hiperkinetyczne	27,4	28,0	29,4	30,3	31,7	33,2	34,1	
Zaburzenia rozwoju psychologicznego	18,5	20,3	22,8	26,0	29,3	32,5	35,1	
Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną	21,2	20,2	20,8	21,7	23,0	24,1	24,8	
Zaburzenia emocji	15,0	16,0	18,0	18,7	20,2	20,8	19,9	
Mieszane zaburzenia zachowania i emocji	14,3	15,1	15,8	16,7	17,7	17,3	16,4	
Upośledzenie umysłowe	10,5	10,4	10,5	10,3	10,4	10,7	10,4	
Pozostałe zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się głównie w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym	8,1	8,6	9,0	9,4	9,7	10,2	9,9	
Pozostałe zaburzenia psychiczne u dzieci	5,6	5,9	5,5	5,5	7,2	20,9	20,4	
Łącznie	107,4	110,5	116,8	123,1	131,7	137,9	140,0	

W 2016 roku w prezentowanych grupach rozpoznań obserwuje się wzrost liczby pacjentów w porównaniu z ich liczbą z 2010 roku. Największy bezwzględny przyrost nastąpił w grupie rozpoznań: zaburzenia rozwoju psychologicznego (wzrost o 16,6 tys. pacjentów). Znaczący wzrost odnotowano również dla liczby dzieci i młodzieży,

którym udzielono świadczeń psychiatrycznych z powodu zaburzeń emocji (w latach 2010–2015 wzrost o 5,8 tys.), przy czym w 2016 roku nastąpił spadek liczby pacjentów w stosunku do 2015 roku o blisko tysiąc.

Liczbę pacjentów z podziałem na grupy zaburzeń psychicznych i płeć przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Liczba pacjentów (w tys.) z podziałem na grupy zaburzeń psychicznych i płeć w latach 2010–2016

Rok	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
Grupa rozpoznań	Płeć													
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
Zaburzenia hiperkinetyczne i zaburzenia zachowania	5,2	22,2	5,4	22,6	5,9	23,5	6,1	24,2	6,4	25,3	6,8	26,4	6,9	27,2
Zaburzenia rozwoju psychologicznego	4,4	14,1	4,7	15,6	5,1	17,7	5,7	20,3	6,3	23,0	6,9	25,6	7,5	27,6
Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną	10,6	10,6	10,3	9,9	10,8	10,0	11,5	10,2	12,5	10,5	13,2	10,9	13,7	11,1
Zaburzenia emocji	6,6	8,4	7,1	8,9	8,1	9,9	8,6	10,1	9,4	10,8	9,8	11,0	9,3	10,6
Mieszane zaburzenia zachowania i emocji	4,7	9,6	5,2	9,9	5,8	10,0	6,3	10,4	7,1	10,6	7,0	10,3	6,9	9,5
Upośledzenie umysłowe	3,5	7,0	3,5	6,9	3,5	7,0	3,4	6,9	3,4	7,0	3,6	7,1	3,5	6,9
Pozostałe zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się głównie w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym	2,8	5,3	3,1	5,5	3,3	5,7	3,5	5,9	3,7	6,0	4,1	6,1	4,0	5,9
Pozostałe zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży	2,1	3,5	2,3	3,6	2,1	3,4	2,1	3,4	2,8	4,4	10,1	10,8	10,1	10,3
Łącznie	37,2	70,2	38,6	71,9	41,1	75,7	43,6	79,5	47,1	84,6	49,5	88,4	50,1	89,9

W sprawozdanych świadczeniach w prawie wszystkich analizowanych grupach zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego odnotowano większą liczbę chłopców. Jedynie w grupie zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną daje się zauważyć nieznacznie większą liczebność dziewcząt.

Medianę wieku pacjentów w grupach rozpoznań przedstawia tabela 6.

Tabela 6. Mediana wieku pacjentów w grupach rozpoznań w latach 2010–2016

Grupa rozpoznań	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Zaburzenia hiperkinetyczne i zaburzenia zachowania	11	11	11	11	11	11	11
Zaburzenia rozwoju psychologicznego	7	7	7	7	7	8	8

Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną	14	14	14	14	14	14	14
Zaburzenia emocji	10	10	10	10	11	11	11
Mieszane zaburzenia zachowania i emocji	13	14	14	14	14	14	14
Upośledzenie umysłowe	14	13	13	13	13	13	13
Pozostałe zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się głównie w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym	10	10	10	10	10	10	10
Pozostałe zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży	11	11	11	11	11	16	16

W 2016 roku najniższą medianę wieku (7/8 lat) odnotowano dla zaburzeń rozwoju psychologicznego, najwyższą (16 lat) zaś dla rozpoznania „pozostałe zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży”. Medianę 14 lat zaobserwowano dla dwóch grup rozpoznań: zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną oraz dla mieszanych zaburzeń emocji i zachowania. Mediany wieku pacjentów są niemal stałe dla wszystkich analizowanych lat w rozpatrywanych grupach rozpoznań.

Wybrane wskaźniki organizacyjne

Tabela 7 przedstawia bezwzględną liczbę osobodni sprawozdanych dla pacjentów poniżej 18. r.ż. (w tys.) w latach 2010–2016 (uwzględniono formy leczenia, w których świadczenia psychiatryczne są rozliczane na podstawie liczby osobodni).

Tabela 7. Liczba osobodni (w tys.) w zależności od miejsca udzielania świadczeń w latach 2010–2016

Forma leczenia	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Procentowa zmiana 2010–2016
Całodobowy oddział psychiatryczny	292,9	284,5	282,2	277,9	304,4	338,0	331,1	13%
Psychiatria sądowa	98,7	57,0	39,8	47,1	54,8	52,1	49,8	-50%
Oddział dzienny	350,3	389,4	440,9	887,6	828,5	793,5	531,1	52%
Rehabilitacja psychiatryczna	206,2	128,6	138,5	104,6	134,7	124,6	109,5	-47%
Domy opieki	23,6	11,7	24,3	16,9	31,4	31,2	21,5	-9%
Hostel psychiatryczny	16,7	11,3	5,6	4,2	2,5	2,8	2,8	-83%
Łącznie	988,4	882,5	931,3	1338,2	1356,4	1342,2	1045,8	6%

Z danych zamieszczonych w tabeli 7 wynika, że w latach 2010–2016 najwięcej osobodni sprawozdano w oddziałach dziennych. Warto zauważyć, że w 2016 roku w tej formie leczenia sprawozdano o 52% więcej osobodni w porównaniu z 2010 rokiem, przy czym w roku 2013 ten wzrost był szczególnie wysoki – liczba osobodni była

2,5-krotnie wyższa niż w 2010 roku. W wypadku leczenia w oddziałach całodobowych (szpital) wzrost jest stosunkowo niewielki (13%). Z kolei spadek sprawozdanej liczby osobodni zaobserwowano dla hosteli psychiatrycznych (83%), oddziałów psychiatrii sądowej (50%) oraz rehabilitacji psychiatrycznej (47%).

Tabela 8 ilustruje liczbę osobodni przypadającą na jednego pacjenta w formach leczenia, w których świadczenia psychiatryczne są rozliczane na podstawie liczby osobodni.

Tabela 8. Liczba osobodni przypadająca na jednego pacjenta w latach 2010–2016

Forma leczenia	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Procentowa zmiana 2010–2016
Całodobowy oddział psychiatryczny	45,3	42,7	42,2	39,3	39,2	42,9	41,7	-8%
Psychiatria sądowa	472,4	388,0	288,3	235,3	253,9	198,8	201,0	-57%
Oddział dzienny	148,1	152,0	149,6	264,6	240,2	215,8	144,3	-3%
Rehabilitacja psychiatryczna	130,0	120,0	152,0	115,9	153,9	139,7	129,5	0%
Domy opieki	319,5	243,1	142,1	112,6	156,3	155,2	102,7	-68%
Hostel psychiatryczny	187,1	140,0	165,3	122,1	101,0	83,6	79,0	-58%
Łącznie	91,6	83,5	85,6	114,3	108,2	110,2	85,8	-6%

Liczba osobodni przypadająca na pacjenta wskazuje, że w 2016 roku najwięcej osobodni sprawozdano w oddziałach psychiatrii sądowej oraz w oddziałach dziennych. Warto zauważyć, że najkrócej trwające świadczenia psychiatryczne zanotowano w całodobowym oddziale psychiatrycznym – w analizowanych latach czas ten skrócił się o 4 dni. Ogólnie w latach 2010–2016 w formach zamkniętych zaobserwowano spadek liczby sprawozdanych osobodni przypadających na pacjenta: w domach opieki (68%), hostelach psychiatrycznych (58%), w psychiatrii sądowej (57%), w całodobowym oddziale psychiatrycznym (8%).

Tabela 9 przedstawia liczbę porad z podziałem na formy ich świadczenia, a tabela 10 liczbę porad przypadających na pacjenta.

Tabela 9. Liczba porad (w tys.) w zależności od miejsca udzielania świadczeń w latach 2010–2016

Forma leczenia	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Procentowa zmiana 2010–2016
Izba przyjęć/SOR	0,8	1,6	1,4	2,2	3,1	3,3	3,8	375%
Ambulatoryjna opieka psychiatryczna	518,2	572,8	632,4	688,3	738,8	770,9	779,3	50%
Zespół leczenia środowiskowego	3,5	4,9	7,1	8,8	8,6	9,9	10,6	203%
Łącznie	522,5	579,3	640,9	699,3	750,5	784,0	793,6	52%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Należy zauważyć, że najwięcej porad dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi udzielono w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej. W latach 2010–2016 liczba sprawozdanych porad znacząco wzrosła w izbie przyjęć/SOR (4,75-krotnie), w zespołach leczenia środowiskowego (ponad 3-krotnie), jak również w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej (wzrost o 50%). Pomimo obserwowanego wzrostu liczby porad w zespole leczenia środowiskowego w 2016 roku nadal stanowiły one tylko 1,3% świadczeń ambulatoryjnych.

Tabela 10. Liczba porad przypadająca na jednego pacjenta w zależności od formy leczenia

Forma leczenia	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Procentowa zmiana 2010–2016
Izba przyjęć/SOR	1,09	1,36	1,13	1,13	1,16	1,18	1,18	9%
Ambulatoryjna opieka psychiatryczna	5,02	5,39	5,63	5,83	5,85	5,83	5,81	16%
Zespół leczenia środowiskowego	6,50	8,63	7,46	7,87	7,96	8,76	8,16	25%
Łącznie	5,03	5,41	5,66	5,86	5,87	5,85	5,84	16%

W latach 2010–2016 nastąpił wzrost liczby świadczeń psychiatrycznych przypadających na pacjenta w formach otwartych: w zespole leczenia środowiskowego (25%) i w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej (16%).

W kolejnym kroku dokładnej analizie poddano typy porad świadczonych dzieciom i młodzieży w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży – liczby bezwzględne w analizowanych latach przedstawia tabela 11, udział procentowy – tabela 12.

Tabela 11. Liczba porad (w tys.) udzielonych w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej dedykowanej dzieciom i młodzieży w zależności od typu porady w latach 2010–2016

Rok/Typy porad	Porady lekarskie	Porady psychologa	Sesje psychoterapii	Porady leczenia uzależnień*	Porady/wizyty środowiskowe	Porady kompleksowo – terapeutyczne	Łącznie
2010	187,1	155,6	59,0	-	0,6	111,0	515,6
2011	191,8	169,0	68,7	-	0,6	138,3	570,1
2012	204,5	181,2	76,9	5,8	0,8	163,1	634,1
2013	214,1	192,3	90,4	7,0	1,4	183,0	689,8
2014	230,2	198,3	108,7	7,6	0,9	193,8	740,5
2015	235,9	201,4	116,8	7,1	0,7	209,2	771,2
2016	237,2	198,2	125,7	6,3	0,8	212,2	780,3
Zmiana (%) 2010–2016	27%	27%	113%	9%	33%	91%	51%

* Zmiana liczby porad leczenia uzależnień dotyczy zmian od 2012 roku – przed tym rokiem nie sprawozdano tego typu porad dla dzieci i młodzieży.

Tabela 12. **Struktura procentowa porad dla dzieci i młodzieży udzielonych w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej w zależności od typu porady w latach 2010–2016**

Rok	Liczba porad (w tys.)	%					
		Porady lekarskie	Porady psychologa	Sesje psychoterapii	Porady leczenia uzależnień	Porady/wizyty środowiskowe	Porady kompleksowo-terapeutyczne
2010	515,6	36,3%	30,2%	11,4%	0,0%	0,1%	21,5%
2011	570,1	33,6%	29,6%	12,1%	0,0%	0,1%	24,3%
2012	634,1	32,2%	28,6%	12,1%	0,9%	0,1%	25,7%
2013	689,8	31,0%	27,9%	13,1%	1,0%	0,2%	26,5%
2014	740,5	31,1%	26,8%	14,7%	1,0%	0,1%	26,2%
2015	771,2	30,6%	26,1%	15,2%	0,9%	0,1%	27,1%
2016	780,3	30,4%	25,4%	16,1%	0,8%	0,1%	27,2%
Zmiana (w punktach procentowych (pp)) 2010–2016		-6 pp.	-5 pp.	5 pp.	1 pp.	0 pp.	6 pp.

* Procentowa zmiana liczby porad leczenia uzależnień dotyczy zmian od 2012 roku – przed tym rokiem nie sprawozdano tego typu porad dla dzieci i młodzieży.

W latach 2010–2016 w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej największy udział miały porady lekarskie. W 2010 roku było ich blisko 187,1 tysiąca, natomiast w 2016 – 237,2 tysiąca (wzrost o 27%), przy czym ich udział względem innych typów porad zmniejszał się systematycznie i w 2016 roku w porównaniu z rokiem 2010 było ich o ponad 6 punktów procentowych mniej. Na kolejnych miejscach pod względem wzrostu bezwzględnej liczby porad znalazły się kolejno: porady kompleksowo-terapeutyczne, porady psychologiczne, sesje psychoterapii, porady leczenia uzależnień i wizyty środowiskowe. W każdym typie sprawozdanych porad zauważyć można wysoki wzrost liczby świadczeń, największy zaś dla porad psychoterapeutycznych: z 59 tysięcy w 2010 roku do 125,7 tysiąca w 2016 roku (blisko 2-krotnie więcej). Podobna tendencja dotyczy liczby porad kompleksowo-terapeutycznych, gdzie wzrost sięga 91%. Wzrósł również ich udział procentowy względem innych typów porad – z 21,5% w 2010 roku do 27,2% w 2016 roku (wzrost o 6 punktów procentowych).

Szczegółowej analizie poddano porady sprawozdane w poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży (kod resortowy 1701) ze względu na jej wiodącą rolę w systemie ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej dla populacji rozwojowej. Tabela 13 przedstawia typy porad w tej poradni w analizowanych latach.

Tabela 13. Liczba porad (w tys.) udzielonych w poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży w podziale na typy porad w latach 2010–2016

Rok/Typy porad	Porady lekarskie	Porady psychologa	Sesje psychoterapii	Porady/wizyty środowiskowe	Porady kompleksowo-terapeutyczne	Łącznie
2010	163,9	103,2	30,6	0,3	6,9	306,0
2011	169,4	119,3	39,8	0,5	5,7	335,7
2012	186,4	131,1	48,7	0,7	7,9	375,5
2013	195,5	141,7	58,1	1,3	8,9	405,8
2014	210,0	149,1	73,0	0,8	10,9	444,1
2015	215,3	151,5	81,6	0,6	13,9	462,9
2016	217,7	152,7	89,7	0,7	16,4	477,2
Zmiana (%) 2010–2016	33%	48%	193%	133%	138%	56%

W latach 2010–2016, tak jak w wypadku łącznej liczby porad w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej, również w poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży wzrosła liczba wszystkich rodzajów porad (wzrost o 56%). Największy wzrost odnotowano dla sesji psychoterapii (blisko 3-krotny), porad kompleksowo-terapeutycznych (2,4-krotny) i wizyt środowiskowych (2,3-krotny). Najmniejszy dotyczył porad lekarskich (wzrost o 33%).

Tabela 14 przedstawia procentowy udział każdego typu porady w latach 2010–2016 w poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży.

Tabela 14. Procentowy udział porad udzielonych w PZP dla dzieci i młodzieży w latach 2010–2016

Rok liczba porad (w tys.)		%				
		Porady lekarskie	Porady psychologa	Sesje psychoterapii	Porady/wizyty środowiskowe	Porady kompleksowo-terapeutyczne
2010	306,0	53,6%	33,7%	10,0%	0,1%	2,3%
2011	335,7	50,5%	35,5%	11,9%	0,2%	1,7%
2012	375,5	49,7%	34,9%	13,0%	0,2%	2,1%
2013	405,8	48,2%	34,9%	14,3%	0,3%	2,2%
2014	444,1	47,3%	33,6%	16,4%	0,2%	2,5%
2015	462,9	46,5%	32,7%	17,6%	3,0%	0,1%
2016	477,2	45,6%	32,0%	18,8%	3,4%	0,2%
Zmiana (w pp.) 2010–2016		-7,9 pp.	-1,7 pp.	8,8 pp.	3,3 pp.	-2,11 pp.

Analiza porad wskazuje, że w latach 2010–2016 zwiększył się w sprawozdanych świadczeniach procentowy udział sesji psychoterapii (wzrost o blisko 9 punktów procentowych). Zwraca uwagę nieznaczny udział świadczeń realizowanych jako porady/wizyty środowiskowe, choć widoczna jest tendencja wzrostowa – od 0,1% w 2010 roku do 3,4% w 2016 roku.

Dyskusja

W Polsce nie prowadzono dotąd w populacji generalnej systematycznych badań epidemiologicznych dotyczących zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży, nie działa też rejestr przeznaczony dla zaburzeń psychicznych. W celu przedstawienia zarejestrowanej chorobowości oraz dynamiki zmian w zakresie usług przydatna może być analiza opracowana na podstawie świadczeń zdrowotnych udzielonych dzieciom i młodzieży w placówkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej i sprawozdanych do Narodowego Funduszu Zdrowia. Zdaniem autorów wyżej wspomniana analiza jest ważnym przedsięwzięciem, gdyż zaburzenia psychiczne są główną przyczyną niepełnosprawności u dzieci i młodzieży [1], a ponad 50% zaburzeń psychicznych dorosłych rozpoczyna się przed 16. rokiem życia [3].

Z analizy świadczeń psychiatrycznych sprawozdanych w latach 2010–2016 dla populacji wieku rozwojowego, finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, wynika, że systematycznie wzrastała liczba dzieci i młodzieży korzystających z różnych form leczenia psychiatrycznego (wzrost o blisko 30% w ciągu 6 lat). Obserwowano również wzrost łącznej liczby wykazanych świadczeń. Można przypuszczać, że na uzyskane wyniki, poza uwarunkowaniami biologicznymi, mogły mieć wpływ intensywne zmiany zachodzące w polskich rodzinach w okresie transformacji ekonomiczno-społeczno-kulturowej ostatnich lat, m.in.: wzrastająca liczba rozwodów, więcej czasu poświęcanego pracy – brak dostępności emocjonalnej rodziców, emigracja za „chlebem” jednego, a czasami obojga rodziców, nadmierne korzystanie z internetu jako środka komunikacji w rodzinie [5]. Pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną stanowili trzecią pod względem liczebności grupę diagnostyczną (21%). W tym kontekście zaobserwowany wzrost liczby sprawozdanych porad psychologicznych oraz sesji psychoterapii świadczy o właściwym kierunku udzielanej pomocy. Przy czym potrzeby w zakresie opieki psychiatrycznej mogą być jeszcze większe, gdyż u dzieci i młodzieży korzystających ze świadczeń systemu opieki społecznej stwierdzono większą częstość występowania zaburzeń psychicznych w porównaniu z ogólną populacją [20]. Wykazano również wzrost liczby pacjentów z podziałem na grupy zaburzeń psychicznych [21]. W tym miejscu warto zwrócić uwagę na pewien paradoks. Badania z Wielkiej Brytanii [22] i Stanów Zjednoczonych [23] sugerują, że korzystanie z usług psychiatrycznych w istotny sposób zmniejsza się, gdy adolescenty z zaburzeniami rozwojowymi, emocjonalnymi/nerwicowymi i osobowościowymi osiągają 16 lat (odpowiednio o 24% i 45%) i 18 lat (o 60% w Wielkiej Brytanii). Powodem jest utrudniona komunikacja i współpraca w przejściu z systemu opieki dla dzieci i młodzieży do tego dla dorosłych [24, 25]. Natomiast różnice prawne, logistyczne i kliniczne, w połączeniu z ogranicze-

niami czasowymi i niedoborem zasobów, uniemożliwiają sprawowanie opieki przez oba systemy równolegle [26]. W przeprowadzonej analizie pozytywną obserwacją, jeśli chodzi o miejsce świadczonych usług, stanowi wzrost liczby sprawozdanych świadczeń w otwartych formach leczenia takich jak oddział dzienny, zespół leczenia środowiskowego czy ambulatoryjna opieka psychiatryczna. Można założyć, że jest to prognostyk oczekiwanej reformy – przeniesienia ciężaru opieki do środowiska pacjenta, co już wcześniej postulowali specjaliści [5, 6].

Trudno jest na podstawie dostępnych danych jednoznacznie zinterpretować fakt, że w analizowanych latach największą liczbę pacjentów stanowiły osoby z rozpoznaniem zaburzeń hiperkinetycznych i zaburzeń zachowania (blisko 30%), a kolejną najliczniejszą grupą byli pacjenci z zaburzeniami rozwoju psychologicznego (odpowiednio od ponad 22% do blisko 31%). Co prawda z systematycznego przeglądu na temat występowania ADHD/HD wynika [27], że obserwowana duża zmienność rozpowszechnienia tych zaburzeń wynika przede wszystkim ze stosowanej w badaniach metodologii. Trzeba jednak podkreślić, że dane te korespondują z wiedzą empiryczną – w czasie ostatniej dekady zmienił się profil leczonych pacjentów. Zdaniem praktyków obecnie zgłasza się więcej pacjentów z zaburzeniami eksternalizacyjnymi niż chorych z zaburzeniami internalizacyjnymi, a zjawisko to dotyczy zarówno chłopców, jak i dziewcząt.

Zastanawiające jest też to, że bardzo mało wykazywanych jest świadczeń z rozpoznaniem pierwszych epizodów psychotycznych oraz zaburzeń afektywnych. Przyczyną tego stanu rzeczy mogą być trudności diagnostyczne lub kłopoty z kodowaniem. Objawy prodromalne psychozy, z którymi dzieci/młodzież zgłaszają się do specjalisty, mogą być niespecyficzne – w obrazie klinicznym może dominować nietypowy rozwój poznawczy i społeczny [28]. Natomiast „depresyjność/depresja młodzieńcza” często jest umieszczana w grupie „mieszanych zaburzeń zachowania i emocji” i kodowana jako F92.0 – depresyjne zaburzenia zachowania.

W sprawozdanych świadczeniach w prawie wszystkich analizowanych grupach zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego odnotowano większą liczbę chłopców. Jedynie w grupie zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną daje się zauważyć nieznacznie większą liczebność dziewcząt. Również w badaniach innych autorów u chłopców częściej rozpoznawano zaburzenia psychiczne wieku rozwojowego [29]. Autorów nie dziwi wiek pacjentów (mediana 14 lat), którym udzielono świadczeń w grupie rozpoznań „zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną” oraz „mieszane zaburzenia emocji i zachowania”. Etap dorastania (wczesna adolescencja), jako czas intensywnych przemian fizycznych, kryzysu tożsamości i związanych z tym emocji, jest w życiu nastolatka szczególnie trudnym okresem [30], zagrożonym wysokim ryzykiem samobójstwa [31].

W analizowanym przedziale czasowym zwraca uwagę niezwykle wysoki wzrost świadczeń realizowanych w trybie doraźnym w izbie przyjęć/SOR (375%). Zjawisko to wskazuje na ogromną rozbieżność między potrzebami a dostępnością zasobów, na którą autorzy z różnych ośrodków już od wielu lat zwracają uwagę [10–12].

Podstawowym ograniczeniem prezentowanej analizy jest to, że uwzględnia ona tylko te informacje, które są zawarte w danych sprawozdawanych do publicznego płatnika świadczeń zdrowotnych – Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie analizowano usług

świadczonej w sektorze niepublicznym. Uzyskane w pracy wyniki wzbogaciłyby przeanalizowanie sprawozdanych usług w grupach wiekowych 16 i 18 lat ze względu na „punkt krytyczny” – przejście z jednego systemu usług (opieka psychiatryczna dla dzieci i młodzieży) do drugiego (opieka psychiatryczna dla dorosłych).

Wnioski

1. W latach 2010–2016 zaobserwowano wzrost zarejestrowanej chorobowości w populacji rozwojowej oraz wzrost liczby świadczeń w niemal każdym z poddanych analizie zakresów.
2. Niezwykle wysoki wzrost świadczeń realizowanych w trybie doraźnym w izbie przyjęć/SOR oraz niewielki udział świadczeń realizowanych w środowisku domowym pacjenta wskazują na dużą rozbieżność między potrzebami a dostępnością zasobów.
3. Do całościowej analizy świadczeń realizowanych w opiece psychiatrycznej konieczny jest dostęp do informacji na temat świadczeń finansowanych ze środków niepublicznych oraz poszerzenie sprawozdawanych informacji.
4. Uzyskane w opracowaniu wyniki wskazują na pilną potrzebę przyjęcia nowych unormowań prawno-organizacyjnych dla psychiatrii wieku rozwojowego.

Piśmiennictwo

1. Erskine HE, Baxter AJ, Patton G, Moffitt TE, Patel V, Whiteford HA i wsp. *The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents*. Epidemiol. Psychiatr. Sci. 2017; 26(4): 395–402. Doi: <https://doi.org/10.1017/S2045796015001158>.
2. World Health Organization. *Child and adolescent mental health policies and plans*; 2005. https://www.who.int/mental_health/policy/services/9_child.
3. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustün TB. *Age of onset of mental disorders: A review of recent literature*. Curr. Opin. Psychiatry 2007; 20(4): 359–364.
4. Klosterkötter J, Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Salokangas RKR, Linszen D, Birchwood M i wsp. *The European Prediction of Psychosis Study (EPOS): Integrating early recognition and intervention in Europe*. World Psychiatry 2005; 4(3): 161–167.
5. Namysłowska I. *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce – stan rozwoju opieki psychiatrycznej i zadania na przyszłość*. Postępy Nauk Medycznych 2013; 26(1): 4–9.
6. Janas-Kozik M. *Sytuacja psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce w 2016 roku*. Psychiatria 2017; 14(1): 61–63.
7. Modrzejewska R, Bomba J. *A comparative study of adolescent depression among high school pupils in a large Polish city*. Arch. Psychiatry Psychother. 2010; 2: 17–22.
8. Namysłowska I. red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2016.
9. Waddell C, McEwan K, Shepherd CA, Offord DR, Hua JM. *A public health strategy to improve the mental health of Canadian children*. Can. J. Psychiatry 2005; 50(4): 226–233. Doi: <https://doi.org/10.1177/070674370505000406>.

10. Belfer ML. *Child and adolescent mental disorders: The magnitude of the problem across the globe*. J. Child Psychol. Psychiatry 2008; 49(3): 226–236.
11. Rocha TB, Graeff-Martins AS, Kieling C, Rohde LA. *Provision of mental healthcare for children and adolescents: A worldwide view*. Curr. Opin. Psychiatry 2015; 28(4): 330–335.
12. World Health Organization. *Atlas child and adolescent mental health resources – global concerns: Implications for the future*; 2005. http://www.who.int/mental_health/publications/atlas_child_ado/en/.
13. Juengsiragulwit D. *Opportunities and obstacles in child and adolescent mental health services in low- and middle-income countries: A review of the literature*. WHO South East Asia J. Public Health 2015; 4(2): 110–122. Doi: <https://doi.org/10.4103/2224-3151.206680>.
14. Signorini G, Singh SP, Boricevic-Marsanic V, Dieleman G, Dodig-Ćurković K, Franic T i wsp. *Architecture and functioning of child and adolescent mental health services: A 28-country survey in Europe*. Lancet Psychiatry 2017; 4(9): 715–724. Doi: [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30127-X](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30127-X).
15. Ministerstwo Zdrowia. *Mapy potrzeb zdrowotnych (2016, 2018)*. <http://www.mpz.mz.gov.pl> (dostęp: 7.01.2019).
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych (Dz.U. z 2015 r., poz. 458).
17. Anczewska M, Biechowska D, Gałęcki P, Janas-Kozik M, Koń B, Skrzypkowska-Brancewicz B, Śremska A, Urbański F, Więckowska B, Zięba M, Kucharska K. *Analiza świadczeń psychiatrycznych udzielonych osobom dorosłym w latach 2010–2014 na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia*. Psychiatr. Pol. 2018; Online First 109: 1–16. Doi: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/92219>.
18. Główny Urząd Statystyczny. *Wykaz identyfikatorów i nazw jednostek podziału terytorialnego kraju*; 2015.
19. Główny Urząd Statystyczny. *Rozkład płci w grupach wiekowych*; 2018. <http://strateg.stat.gov.pl/> (dostęp: 5.12.2018).
20. Bronsard G, Alessandrini M, Fond G, Loundou A, Auquier P, Tordjman S i wsp. *The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system: A systematic review and meta-analysis*. Medicine (Baltimore) 2016; 95(7): e2622.
21. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. *Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents*. J. Child Psychol. Psychiatry 2015; 56(3): 345–365.
22. Singh SP, Paul M, Ford T, Kramer T, Weaver T, McLaren S i wsp. *Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: Multiperspective study*. Br. J. Psychiatry 2010; 197(4): 305–312.
23. Pottick KJ, Bilder S, Vander Stoep A, Warner LA, Alvarez MF. *US patterns of mental health service utilization for transition-age youth and young adults*. J. Behav. Health Serv. Res. 2008; 35(4): 373–389.
24. Embrett MG, Randall GE, Longo CJ, Nguyen T, Mulvale G. *Effectiveness of health system services and programs for youth to adult transitions in mental health care: A systematic review of academic literature*. Adm. Policy Ment. Health 2016; 43(2): 259–269.
25. Singh SP, Tuomainen H. *Transition from child to adult mental health services: Needs, barriers, experiences and new models of care*. World Psychiatry 2015; 14(3): 358–361.
26. Singh SP, Evans N, Sireling L, Stuart H. *Mind the gap: The interface between child and adult mental health services*. Psychiatr. Bull. 2005; 29(8): 292–294.

27. Polanczyk GV, Lima de MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. *The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis*. Am. J. Psychiatry 2007; 164(6): 942–948.
28. Schaeffer JL, Ross RG. *Childhood-onset schizophrenia: Premorbid and prodromal diagnostic and treatment histories*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2002; 41(5): 538–545.
29. Park JH, Bang YR, Kim CK. *Sex and age differences in psychiatric disorders among children and adolescents: High-risk students study*. Psychiatry Investig. 2014; 11(3): 251–257.
30. Compas BE, Orosan PG, Grant KE. *Adolescent stress and coping: Implications for psychopathology during adolescence*. J. Adolesc. 1993; 16(3): 331–349.
31. Gmitrowicz A, Wolanek U, Madej A, Makara-Studzińska M. *Motywy podejmowania prób samobójczych przez młodzież w wieku 13–19 lat*. J. Educ. Health Sport. 2015; 5(6): 51–64. DOI 10.5281/zenodo.18278
32. Artykuł został przygotowany w ramach projektu *Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych*, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Projekt realizuje Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, a jego celem jest poprawa jakości zarządzania w systemie ochrony zdrowia przez wsparcie decyzji zarządczych.

Adres: Katarzyna Kucharska
Uniwersytet im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
Instytut Psychologii
01-938 Warszawa, ul. Wóycickiego 1/3 bud. 14
e-mail: k.kucharska@uksw.edu.pl

Otrzymano: 16.02.2019

Zrecenzowano: 13.03.2019

Otrzymano po poprawie: 13.06.2019

Przyjęto do druku: 13.06.2019