

Sytuacja w polskiej psychiatrii dziecięcej na przełomie lat 2018 i 2019 na podstawie danych zebranych w trybie dostępu do informacji publicznej

Martyna Bójkó, Roksana Maślankiewicz

Sieć Obywatelska Watchdog Polska

Na początku 2019 r. w mediach pojawiły się liczne doniesienia na temat katastrofalnej sytuacji polskiej psychiatrii dziecięcej. Sieć Obywatelska Watchdog Polska, chcąc dostarczyć opinii publicznej danych na temat rzeczywistego stanu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w Polsce, wysłała wnioski o informację publiczną do wszystkich szpitali z oddziałami psychiatrycznymi dla dzieci i młodzieży, a także do wszystkich oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Ministerstwa Zdrowia. Stowarzyszenie, korzystając z prawa do informacji, uzyskało dane za 2018 r. oraz pierwszy kwartał 2019 r. dotyczące psychiatrii dzieci i młodzieży w zakresie opieki ambulatoryjnej oraz leczenia szpitalnego całodobowego i na oddziałach dziennych. W artykule przedstawiono uzyskane przez Sieć Watchdog dane, wskazując na największe problemy, z jakimi zmagają się system opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą w Polsce.

SŁOWA KLUCZOWE:

PSYCHIATRIA DZIECI I MŁODZIEŻY, DZIECI, MŁODZIEŻ, ODDZIAŁY DZIENNE PSYCHIATRII DZIECI I MŁODZIEŻY, ODDZIAŁY STACJONARNE PSYCHIATRII DZIECI I MŁODZIEŻY, DOSTĘP DO INFORMACJI PUBLICZNEJ

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej w art. 68 (Dz.U. Nr 78 poz. 483) gwarantuje każdemu obywatelowi prawo do ochrony zdrowia, nakładając na władze publiczne obowiązek szczególnej opieki zdrowotnej m.in. nad dziećmi. Obowiązkiem państwa jest również, jak głosi preambuła ustawy o ochronie zdrowia

psychicznego, zapewnienie adekwatnej do potrzeb opieki psychiatrycznej: „Zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa”.

W art. 4 pkt 1 tej samej ustawy podkreślono natomiast, że dzieci i młodzież należy otaczać szczególną opieką w tym zakresie: „Działania zapobiegawcze w zakresie ochrony zdrowia psychicznego są podejmowane przede wszystkim wobec dzieci, młodzieży, osób starszych i wobec osób znajdujących się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla ich zdrowia psychicznego”.

Także wśród celów strategicznych Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015 wymieniono „zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne”, a wśród celów operacyjnych – „wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci”. Wybór ten uzasadniono m.in. koniecznością intensyfikacji działań z zakresu promocji zdrowia w odniesieniu do dzieci i młodzieży oraz zapewnienia poradnictwa, a także pomocy dla rodziców, dzieci i młodzieży z zaburzeniami rozwoju oraz zdrowia psychicznego¹.

W 2010 r. rozporządzeniem Rady Ministrów wprowadzono Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP; Dz.U. z 2011 r. Nr 24 poz. 128). Jego realizację miał zapewnić m.in. *Program promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży na lata 2013–2015* ogłoszony przez Ministra Edukacji Narodowej.

Najwyższa Izba Kontroli (NIK) negatywnie oceniła realizację NPOZP. Kontrola wykazała, że ani administracja rządowa, ani samorządowa nie zrealizowały wyznaczonych celów i zadań. Nie tylko nie udało się ograniczyć występowania zagrożeń dla zdrowia psychicznego, ale też nie poprawiła się dostępność świadczeń opieki psychiatrycznej (mowa o latach 2011–2015; NIK, 2017).

Mimo wdrożenia licznych programów, w tym uwzględnienia psychiatrii dzieci i młodzieży w Narodowym Programie Zdrowia, opieka psychiatryczna nad dziećmi w ostatnim dziesięcioleciu nie uległa poprawie. Można wręcz mówić o jej stopniowej erozji. Tymczasem dane dotyczące nie tylko występowania zaburzeń psychicznych wśród młodzieży, ale też liczby samobójstw są bardzo niepokojące. W latach 2012–2013 odnotowano w Polsce drastyczny wzrost liczby ostrych przyjęć na oddziały szpitalne nastolatków po próbach samobójczych (Janas-Kozik, 2017). Należy podkreślić, że samobójstwa wśród młodzieży są istotnym problemem społecznym, a zapobieganie im jest ogromnym wyzwaniem, przed którym

1 „Narodowy program zdrowia na lata 2007–2015”, załącznik do uchwały nr 90.2007 Rady Ministrów z 15 maja 2007 roku.

stoją praktycznie wszystkie państwa. Według Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) na całym świecie samobójstwa są trzecią przyczyną zgonów dzieci i młodzieży (WHO, 2017). W Polsce w 2015 r. samobójstwo było drugą pod względem liczebności przyczyną zgonów dzieci i nastolatków w przedziale wiekowym 10–19 lat, a w 2014 r. Polska zajmowała drugie miejsce, za Niemcami, pod względem liczby prób samobójczych podejmowanych przez dzieci i młodzież (Sajkowska, 2017). Bardzo częstym zjawiskiem towarzyszącym próbom samobójczym wśród młodzieży jest depresja – z badaniami przeprowadzonych przez Makarę-Studzińską (2013) metodą sondażu diagnostycznego wynika, że ponad połowa badanej populacji cierpiała na ciężką depresję (mierzoną *Skalą depresji Becka*). W tych samych badaniach najczęstszym problemem wskazywanym przez młodzież jako powód podjęcia próby samobójczej były problemy rodzinne – uczucie emocjonalnego odrzucenia przez rodziców lub konflikt z nimi. W świetle tych danych, wskazujących na wzrastający odsetek młodzieży podejmującej próby samobójcze, których najczęstszym powodem są krzywdy wyrządzone przez najbliższych i którym zwykle towarzyszy głęboka depresja, szybki dostęp do opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży jest kluczowy, jeśli chcemy odwrócić te niepokojące trendy.

Niestety od lat podkreśla się, że dostęp do opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w Polsce nie jest równy, są województwa pozbawione oddziałów psychiatrycznych dla dzieci, a mieszkańcy małych miejscowości, chcąc skorzystać z pomocy specjalisty, są zmuszeni jechać do dużego miasta (Tabak, 2014). Apogeum nastąpiło w 2019 r., kiedy zamykano kolejne oddziały psychiatryczne dla dzieci, przepelnione i niemogące zapewnić bezpieczeństwa swoim pacjentom (Abramowicz, 2019; Śmigiel, 2019).

Chcąc dostarczyć poruszonej opinii publicznej informacji na temat sytuacji w polskiej psychiatrii dzieci i młodzieży, Sieć Obywatelska Watchdog Polska przeprowadziła monitoring obejmujący wszystkie szpitale psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, wnioskując również o dane w tym zakresie do Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) oraz Ministerstwa Zdrowia. Informacje zebrane przez stowarzyszenie dotyczą 2018 r. i trzech pierwszych miesięcy 2019 r.

WNIOSKI O INFORMACJĘ PUBLICZNA

Stowarzyszenie Sieć Obywatelska Watchdog Polska jest organizacją popularyzującą prawo do informacji jako skuteczne narzędzie uzyskiwania danych na temat funkcjonowania instytucji publicznych. Zgodnie z ustawą o dostępie do informacji publicznej (udip) szpitale, realizując zadania publiczne finansowane z publicznych pieniędzy, są

zobowiązane do udostępniania informacji publicznej na wniosek. Podmiotami zobowiązanymi w tym zakresie są również Ministerstwo Zdrowia i NFZ. Dlatego stowarzyszenie skorzystało z przysługującego mu prawa do informacji publicznej iawnioskowało w trybie udip do wszystkich szpitali prowadzących całodobowe oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, do wszystkich oddziałów NFZ oraz do Ministerstwa Zdrowia. Pierwszy wniosek, dotyczący pracy Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, stowarzyszenie wysłało 12 stycznia 2019 r. do resortu zdrowia:

Na podstawie art 61 ust. 1 i 2 Konstytucji RP i ustawy o dostępie do informacji publicznej wnosimy o udostępnienie:

1. protokołów i uchwał z prac Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży powołanego zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego 2018 (http://dziennikmz.mz.gov.pl/api/DUM_MZ/2018/6/journal/43592),
2. ekspertyz, opinii, analiz sporządzonych na zlecenie Przewodniczącego ww. Zespołu oraz w związku z pracami tego zespołu,
3. rekomendacji, dotyczących poprawy opieki nad dziećmi i młodzieżą w leczeniu psychiatrycznym i uzależnień, jeśli takie ww. Zespół już wypracował,
4. skanów umów, które zostały zawarte w związku z działaniem ww. Zespołu.

Szóstego marca 2019 r. Sieć Obywatelska Watchdog Polska wysłała wniosek o informację publiczną do 34 szpitali z całodobowymi oddziałami psychiatrycznymi dla dzieci i młodzieży. Wniosek miał formę ankiety online². Pierwsza część, dotycząca oddziału całodobowego psychiatrii dzieci i młodzieży, liczyła 42 pytania. Druga część składała się z 28 pytań i wypełniały ją tylko te szpitale, przy których funkcjonują oddziały dzienne psychiatrii dzieci i młodzieży. We wniosku stowarzyszenie prosiło również o przesłanie protokołów z kontroli, które odbyły się na oddziałach w 2018 r.

Sieć Obywatelska Watchdog Polska, przygotowując pytania do ankiety, chciała zebrać możliwie kompleksowe informacje na temat:

- miejsc, jakimi dysponują poszczególne placówki, czasu oczekiwania na przyjęcie, przypadków odsyłania zgłaszających się do szpitala do innych placówek oraz odsyłania zgłaszających się do szpitala;
- kadry – we wniosku pytano o liczbę zatrudnionych lekarzy, pielęgniarek, rezydentów, psychologów, terapeutów i fizjoterapeutów, a także o liczbę przewidzianych dla nich etatów;
- warunków bytowych pacjentów i pacjentek szpitali oraz procedur bezpieczeństwa i monitoringu;

2 <https://drive.google.com/file/d/1dlgwSpWjwCFj2UzlPxdpmq20flp-1XSa/view>.

- dostępności terapii i zajęć sportowych oraz realizacji obowiązku szkolnego podczas pobytu pacjentów i pacjentek w szpitalu.

W układanie pytań do ankiety włączyli się rezydenci i rezydentki oraz lekarze i lekarki pracujący na oddziałach psychiatrii dzieci i młodzieży.

Ostatni z wniosków dotyczących psychiatrii dzieci i młodzieży Sieć Obywatelska Watchdog Polska wysłała do wszystkich oddziałów wojewódzkich NFZ. Pytano w nim o zakres opieki psychiatrycznej dla dzieci w poszczególnych województwach i o jej finansowanie. We wniosku zadano również pytanie dotyczące liczby łóżek na oddziałach psychiatrii dzieci i młodzieży, które pojawiło się również w pytaniach do szpitali, chcąc porównać dane z dwóch źródeł.

Treść wniosku do oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia:

Na podstawie art. 61 Konstytucji RP i art. 10 ust. 1 ustawy o dostępie do informacji publicznej stowarzyszenie Sieć Obywatelska Watchdog Polska wnosi o udostępnienie następujących informacji publicznych:

1. Ilością łóżkami na oddziałach psychiatrii dzieci i młodzieży z opieką całodobową dysponowały na terenie województwa poszczególne szpitale mające kontrakt z NFZ w 2018 r.? Prosimy o wyszczególnienie szpitali posiadających takie oddziały wraz z liczbą łóżek.
2. Ilością łóżkami na oddziałach psychiatrii dzieci i młodzieży z opieką całodobową dysponują poszczególne szpitale mające kontrakt z NFZ na dzień złożenia wniosku? Prosimy o wyszczególnienie szpitali posiadających takie oddziały wraz z liczbą łóżek.
3. Ilością miejscami na oddziałach dziennych psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży dysponowały na terenie województwa poszczególne szpitale mające kontrakt z NFZ w 2018 r.? Prosimy o wyszczególnienie szpitali posiadających takie oddziały wraz z liczbą miejsc.
4. Ilością miejscami na oddziałach dziennych psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży dysponują poszczególne szpitale mające kontrakt z NFZ na dzień złożenia wniosku? Prosimy o wyszczególnienie szpitali posiadających takie oddziały wraz z liczbą miejsc.
5. Wnosimy o udostępnienie listy poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży mających kontrakt z NFZ w 2018 r. w całym województwie.
6. Wnosimy o udostępnienie listy poradni zdrowia psychicznego dla dzieci mających kontrakt z NFZ na dzień złożenia wniosku w całym województwie.
7. Jaki był średni czas oczekiwania na konsultacje w poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, mających kontrakt z NFZ, w 2018 r. – prosimy

- o wyszczególnienie wszystkich placówek z terenu całego województwa wraz z podaniem średniego czasu oczekiwania na wizytę.
8. Jaki jest średni czas oczekiwania na konsultacje w poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, mających kontrakt z NFZ, na dzień złożenia wniosku – prosimy o wyszczególnienie wszystkich placówek z terenu całego województwa wraz z podaniem średniego czasu oczekiwania na wizytę.
 9. Ile wyniosła łączna wartość kontraktów na leczenie szpitalne w psychiatrii dziecięcej w roku 2018 w województwie?
 10. Jaki jest plan wydatków na to leczenie w 2019 r.? Prosimy o podanie ich łącznej kwoty.
 11. Ile wyniosła wartość kontraktów na leczenie w poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży w 2018 r. w województwie?
 12. Ile pieniędzy na leczenie w poradniach zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży Oddział NFZ planuje wydać w 2019 r.?

Ustawodawca nałożył na podmioty zobowiązane do udostępniania informacji publicznej obowiązek odpowiedzi na wniosek bez zbędnej zwłoki, w terminie nie dłuższym niż 14 dni od otrzymania wniosku. W wyjątkowych sytuacjach, jeśli podmiot potrzebuje więcej czasu na przygotowanie wnioskowanych danych, może przedłużyć czas odpowiedzi do dwóch miesięcy od dnia złożenia wniosku. Musi jednak o tym poinformować wnioskodawcę.

Ministerstwo Zdrowia odpowiedziało na wniosek stowarzyszenia w ustawowym terminie, 26 stycznia 2019 r.

Spośród 34 szpitali, do których Sieć Obywatelska Watchdog Polska skierowała wnioski o informację publiczną, odpowiedziało 30 placówek, co dało łącznie dane dotyczące 31 całodobowych oddziałów psychiatrii dzieci i młodzieży, ponieważ jeden ze szpitali prowadzi dwa osobne oddziały – dla dzieci oraz dla młodzieży – i wypełnił dwie ankiety³. Placówki, które oprócz oddziału całodobowego prowadziły również oddział dzienny psychiatrii dzieci i młodzieży, wypełniały także ankietę dotyczącą funkcjonowania tego oddziału. W ten sposób stowarzyszenie zebrało dane dotyczące 13 oddziałów dziennych (tab. 1).

3 Odpowiedzi szpitali – https://docs.google.com/spreadsheets/d/1bntfrx4-AaNU0gK20M7rRSvTTKQCGLTE_L3pjMGzDMM/edit?usp=sharing.

Tabela 1

Szpitaly biorące udział w ankiecie i prowadząceienne oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży

1	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie
2	Szpital Pediatryczny w Bielsku-Białej
3	Wojewódzki Szpital Zespolony im L. Rydygiera
4	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
5	Centrum Pediatrii im Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o.
6	Szpital Neuropsychiatryczny im. prof. Mieczysława Kaczyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie
7	SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie
8	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego
9	Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy
10	Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi – oddział psych. dla dzieci
11	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – klinika psychiatrii młodzieżowej pododdział dzienny
12	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – dzienny ośrodek terapeutyczny dla młodzieży
13	Centrum Medyczne w Łańcucie

Na wniosek o informację publiczną Sieci Watchdog odpowiedziały wszystkie oddziały NFZ, nie przekraczając ustawowego dwumiesięcznego terminu na odpowiedź. Różna była jednak jakość udostępnionych danych. Część oddziałów (lubelski, opolski, dolnośląski, podlaski i mazowiecki) przestało dane w przeszukiwalnych plikach excel. Pozostałe udostępniły dane w postaci pdf-ów zeskanowanych odpowiedzi, czasem zupełnie nieczytelnych.

ODPOWIEDŹ MINISTERSTWA ZDROWIA ORAZ PÓŹNIEJSZE DZIAŁANIA MINISTERSTWA

Na wniosek o informację publiczną Sieci Obywatelskiej Watchdog Polska Ministerstwo Zdrowia odpowiedziało lakonicznie⁴. Na pytanie o protokoły i uchwały z prac Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży powołanego zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego 2018 r. odpowiedziano: „nie ma obowiązku sporządzania protokołów z posiedzeń Zespołu. Ustalenia z posiedzeń są zawierane w dokumentach roboczych przygotowywanych w ich trakcie. [...] nie zostały podjęte żadne uchwały”.

4 Pełna treść pisma – <https://drive.google.com/file/d/1Mg1lg9PCJFwstgs3wcYO2uHPxHk0fUUAU/view>.

Na pytanie o ekspertyzy, opinie i analizy sporządzone na zlecenie Przewodniczącego ww. Zespołu oraz w związku z pracami tego zespołu odpowiedziano: „należy zaznaczyć, że są to powszechnie dostępne informacje o m.in. liczbie i wysokości kontraktowania psychiatrii dzieci i młodzieży, czasie oczekiwania na świadczenie czy ilości kadr”. Powszechność tych danych Sieć Obywatelska Watchdog Polska weryfikowała, porównując np. terminy oczekiwania na leczenie z danymi NFZ i rzeczywistością działań poradni zdrowia psychicznego, o czym w dalszej części.

Ministerstwo zwróciło także uwagę na problem niedofinansowania psychiatrii dzieci i młodzieży, załączając zestawienie nakładów w porównaniu z psychiatrią dorosłych. Kwoty te i tak są większe niż realne nakłady na leczenie psychiatryczne, gdyż zawierają fundusze na leczenie uzależnień.

Opisano również planowany wówczas do wdrożenia nowy model opieki psychiatrycznej, który miał „opierać się na nowym zdefiniowaniu poradni psychologiczno-pedagogicznych w systemie oświaty oraz stopniową zmianę systemu lecznictwa psychiatrycznego i psychologicznego”.

U jego podstaw miały leżeć poradnie psychologiczno-pedagogiczne, w których pracować mieli „specjaliści ze szkół / nauczyciele / terapeuci środowiskowi, psychoterapeuci dzieci i młodzieży”. To poradnie miałyby być punktem pierwszej pomocy, by wyeliminować sytuacje, „w których często przyjęcie na oddział psychiatryczny (np. po podjętej próbie samobójczej) jest pierwszym kontaktem nieletniego z jakąkolwiek formą opieki”. Zauważono, że będzie to wymagać współpracy z Ministerstwem Edukacji i nauczycielami oraz zmian legislacyjnych i modelu finansowania poradni oraz jednostek opieki psychiatrycznej. Cały nowy system planowano w podziale na:

- I poziom referencyjności – Środowiskowe Poradnie Psychologiczno-Pedagogiczne dla Dzieci i Młodzieży: specjaliści ze szkół / nauczyciele / terapeuci środowiskowi, psychoterapeuci dzieci i młodzieży, terapeuci środowiskowi / ambulatorium;
- II poziom referencyjności – Środowiskowe Centrum Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży: psychiatra dzieci i młodzieży / psycholog kliniczny / oddziały dzienne;
- III poziom referencyjności – świadczenia psychiatryczne całodobowe szpitalne: psychiatra dzieci i młodzieży / psychiatryczna izba przyjęć / oddział całodobowy (przyjęcia planowe i w sytuacji zagrożenia życia).

Ostatecznie, kilka miesięcy po opublikowaniu raportu o stanie psychiatrii dzieci i młodzieży przez Sieć Obywatelską Watchdog Polska (2019), ogłoszono Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej

i leczenia uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 1640). Wprowadzony nim model wygląda trochę inaczej i nie uwzględnia nauczycieli oraz roli szkół⁵:

I poziom referencyjny – ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży, czyli poradnia psychologiczna dla dzieci i młodzieży, gdzie pracować powinni:

1. psycholog posiadający doświadczenie w pracy z dziećmi i młodzieżą – równoważnik co najmniej jednego etatu;
2. specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży lub osoba posiadająca decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu dorobku za równoważny lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży lub osoba prowadząca psychoterapię lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty – równoważnik co najmniej dwóch etatów;
3. terapeuta środowiskowy lub osoba posiadająca certyfikat potwierdzający nadanie kwalifikacji rynkowej „Prowadzenie terapii środowiskowej dzieci i młodzieży” włączonej do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji, o którym mowa w ustawie z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji (Dz.U. z 2018 r. poz. 2153, z późn. zm.), lub osoba w trakcie szkolenia z terapii środowiskowej dzieci i młodzieży lub osoba z udokumentowanym doświadczeniem pracy środowiskowej z dziećmi i młodzieżą – równoważnik co najmniej jednego etatu.

W skład udzielanych świadczeń powinna wchodzić porada psychologiczna diagnostyczna, porada psychologiczna, sesja psychoterapii indywidualnej, sesja psychoterapii rodzinnej, sesja psychoterapii grupowej, sesja wsparcia psychospołecznego, wizyta, porada domowa lub środowiskowa miejscowa bądź zamiejscowa.

II poziom referencyjny – środowiskowe centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, na które składać się miały: poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży w ramach II poziomu referencyjnego, oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży w ramach II poziomu referencyjnego (co najmniej 15 miejsc) i zespół leczenia środowiskowego (domowego) dla dzieci i młodzieży w ramach II poziomu referencyjnego, gdzie w skład zespołu terapeutycznego wchodzić ma co najmniej:

5 Jest to sprzeczne z wcześniejszymi zapowiedziami płynącymi np. ze strony wiceministra zdrowia: „Jeśli dokończymy negocjacje z Ministerstwem Edukacji Narodowej, to chcemy złożyć ofertę jako resort zdrowia. Teraz musimy im dać trochę oddechu ze względu na inne problemy. Ale później chcemy zaprosić ich do współdziałania w opiece nad dzieckiem i młodzieżą” (Pochrząst-Motyczyńska, 2019).

1. psycholog – równoważnik co najmniej jednego etatu;
2. specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży lub osoba posiadająca decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu dorobku za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, zgodnie z art. 28 ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży lub osoba prowadząca psychoterapię lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty – równoważnik co najmniej dwóch etatów;
3. terapeuta środowiskowy lub osoba posiadająca certyfikat potwierdzający nadanie kwalifikacji rynkowej „Prowadzenie terapii środowiskowej dzieci i młodzieży” włączonej do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji, o którym mowa w ustawie z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji, lub osoba w trakcie szkolenia z terapii środowiskowej dzieci i młodzieży bądź osoba z udokumentowanym doświadczeniem pracy środowiskowej z dziećmi i młodzieżą – równoważnik co najmniej jednego etatu;
4. terapeuta zajęciowy, pedagog, logopeda, neurologopeda, dietetyk lub fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej jednego etatu łącznie;
5. specjalista w dziedzinie psychologii klinicznej, psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologii klinicznej, psycholog z udokumentowanym co najmniej dwuletnim doświadczeniem w pracy klinicznej z dziećmi i młodzieżą lub psycholog kliniczny – równoważnik co najmniej jednego etatu;
6. pielęgniarka – równoważnik co najmniej jednego etatu;
7. lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, lekarz specjalista psychiatrii, lekarz w trakcie specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży lub lekarz ze specjalizacją pierwszego stopnia z psychiatrii dzieci i młodzieży – równoważnik co najmniej jednego etatu.

Do udzielanych świadczeń należeć miały świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne w oddziale dziennym, porada lekarska diagnostyczna, terapeutyczna i kontrolna, porada psychologiczna diagnostyczna, porada psychologiczna, sesja psychoterapii indywidualnej, psychoterapii rodzinnej lub psychoterapii grupowej, sesja wsparcia psychospołecznego, wizyta, porada domowa lub środowiskowa miejscowa bądź zamiejscowa.

III poziom referencyjny – ośrodek wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej, gdzie działać miały: poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci

i młodzieży w ramach III poziomu referencyjnego, oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży w ramach III poziomu referencyjnego (co najmniej 15 miejsc), izba przyjęć lub szpitalny oddział ratunkowy, a w szpitalu ogólnym – osobny dział przyjęć, oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży w ramach III poziomu referencyjnego. W skład zespołu terapeutycznego wchodzić ma co najmniej:

1. psycholog – równoważnik co najmniej jednego etatu;
2. specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży lub osoba posiadająca decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu dorobku za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży lub osoba prowadząca psychoterapię lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty – równoważnik co najmniej dwóch etatów;
3. terapeuta zajęciowy, pedagog, logopeda, neurologopeda, dietetyk lub fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej jednego etatu;
4. specjalista psychologii klinicznej, psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny – równoważnik co najmniej jednego etatu;
5. pielęgniarki;
6. lekarz specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży – równoważnik co najmniej półtora etatu;
7. lekarz specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży, specjalista psychiatrii, lekarz w trakcie specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży, lekarz ze specjalizacją pierwszego stopnia z psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii – równoważnik co najmniej jednego etatu.

Na tym poziomie świadczone mają być: całodobowe konsultacje lekarskie w stanach nagłych, w tym kwalifikacja lub dyskwalifikacja do hospitalizacji psychiatrycznej, świadczenia w izbie przyjęć, świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży, porada lekarska diagnostyczna, terapeutyczna lub kontrolna, porada psychologiczna diagnostyczna lub psychologiczna, sesja psychoterapii indywidualnej, psychoterapii rodzinnej, psychoterapii grupowej i wsparcia psychospołecznego.

Okazało się jednak, że zaproponowany w takim kształcie model psychiatrii dzieci i młodzieży jest trudny w realizacji. Dwunastego marca 2020 r. w Rządowym Centrum Legislacji pojawił się projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego

rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień⁶. Jak można przeczytać w uzasadnieniu do projektu⁷,

Doświadczenia związane z rozpoczęciem procedury konkursowej na poszczególne poziomy referencyjne wskazują, iż niewystarczający potencjał kadrowy stanowi podstawową barierę ograniczającą możliwość wyboru realizatorów świadczeń. Z uwagi na to, iż utrzymanie dotychczasowych wymogów skutkowałoby ograniczeniem dostępności do świadczeń, zdecydowano się na ich obniżenie, przy jednoczesnym zachowaniu wymagań umożliwiających zachowanie jakości udzielanych świadczeń oraz zagwarantowanie bezpieczeństwa pacjentów.

Planowane zmiany zakładają m.in.:

- na I poziomie referencyjnym – obniżenie wymagań dla osób prowadzących psychoterapię (do 600 godzin szkolenia podyplomowego), odstąpienie od ujednolicenia warunków określających wymagania dotyczące personelu i czasu ich pracy;
- na II poziomie referencyjnym – fakultatywną organizację zespołu leczenia środowiskowego zamiast obowiązku;
- na III poziomie referencyjnym znosi się obowiązek organizacji oddziału dziennego⁸.

Rozporządzenie skierowano do konsultacji⁹, a w uzasadnieniu zastrzeżono „ze względu na toczące się postępowania konkursowe prowadzone przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, jak również pilny charakter wprowadzanych rozwiązań, konieczne jest wejście w życie projektowanych regulacji z dniem następującym po dniu ogłoszenia”.

Jeśli chodzi o kadre, to Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz.U. 2019, poz. 226) Ministerstwo Zdrowia wprowadziło również nową specjalizację „psychoterapię dzieci i młodzieży”¹⁰ (Dz.U. 2019 poz. 226; jej program ogłoszono w czerwcu 2019 r. [zdrowie.gov.pl, 2019])

6 <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12331203/katalog/12668581#12668581>.

7 <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12331203/12668581/12668582/dokument441690.pdf>.

8 Projekt nowych warunków: <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12331203/12668587/12668588/dokument441697.pdf>.

9 Uwagi można było zgłaszać mailowo do 27 marca 2020 r., na dzień 30 marca 2020 r. w ścieżce projektu w ISAP <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12331203/katalog/12668581#12668581> nie zamieszczono ewentualnych komentarzy.

10 Niektórzy przedstawiciele środowiska terapeutycznego nie wypowiadali się dobrze o zmianie, np. nazywając ją „dewaluacją zawodu psychoterapeuty” (Chmielewska, 2019).

oraz włączyło kwalifikację rynkową „Prowadzenie terapii środowiskowej dzieci i młodzieży” do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji (M.P. 2018 poz. 1279).

W lutym 2020 r. NFZ zmienił swój plan finansowy na 2020 r. zarządzeniem prezesa NFZ nr 17/2020/DEF, przeznaczając ponad 242,5 mln zł na wdrażanie nowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży od 1 kwietnia 2020 r. (NFZ, 2020; Pieniążek-Osińska, 2020). Wszystkie wojewódzkie oddziały NFZ ogłosiły już konkursy na I poziom referencyjny, niektóre placówki miały zacząć pracę już od 1 kwietnia 2020 r. Wiceministra zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko zapowiadała, że Ministerstwo liczy na zakontraktowanie 300 tego typu placówek do końca bieżącego roku (Torchała, 2020). Ośrodki na II poziomie referencyjnym mają obejmować jej zdaniem „wsparciem kilka sąsiadujących ze sobą powiatów”, a w każdym województwie funkcjonować ma co najmniej jeden wysokospecjalistyczny całodobowy ośrodek (Torchała, 2020) .

PORADNIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

W ostatnich latach systematycznie rośnie liczba dzieci i nastolatków, którzy potrzebują specjalistycznej pomocy z powodu zaburzeń psychicznych. Z danych Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii wynika, że w 2010 r. z powodu zaburzeń psychicznych leczono ambulatoryjnie 114 329 dzieci i nastolatków do 18 r.ż., a w 2015 r. ich liczba wzrosła do 143 695. Trzy czwarte tych pacjentów pochodziło z miast (Szredzińska, 2017). Dysproporcja między wsią a miastem nie wynika prawdopodobnie z nasilenia problemów psychicznych w ośrodkach miejskich, a jest raczej podyktowana nierówną dostępnością opieki psychiatrycznej dla dzieci z miasta i ze wsi. Dzieci z obszarów wiejskich mają dużo trudniejszy dostęp do tej opieki, co z pewnością naraża je na pogłębianie się problemów psychicznych i krzywdzenie ze strony otoczenia, które jest jednym z częstszych powodów podejmowania prób samobójczych przez młodzież, o czym wspomniano we wstępie.

Z danych udostępnionych przez oddziały wojewódzkie NFZ wynika, że na dzień realizacji wniosku o informację publiczną (kwiecień 2019 r.) w Polsce było łącznie 165 poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży i tego typu opiekę zapewniało każde województwo (tab. 2).

Tabela 2

Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży w podziale na województwa na podstawie danych udostępnionych przez NFZ w kwietniu 2019 r.

Województwo	Liczba poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży w 2019 r.
dolnośląskie	17
kujawsko-pomorskie	9
lubelskie	7
lubuskie	4
łódzkie	10
małopolskie	15
mazowieckie	26
opolskie	3
podkarpackie	7
podlaskie	6
pomorskie	14
śląskie	16
świętokrzyskie	6
warmińsko -mazurskie	4
wielkopolskie	16
zachodniopomorskie	5

Nie oznacza to, że każde dziecko bez przeszkód mogło skorzystać z pomocy specjalisty blisko miejsca zamieszkania i bez konieczności oczekiwania w kolejce. Większość poradni zlokalizowano w miastach i były one bardzo oblegane przez pacjentów. Na przykład w 2019 r. na Mazowszu na 26 poradni zdrowia psychicznego aż 16 mieściło się w Warszawie, a w Zachodniopomorskiem aż trzy poradnie – z pięciu na całe województwo – były zlokalizowane w Szczecinie. W Małopolsce było podobnie, 66% poradni z całego województwa mieściło się w Krakowie. Jedynie w Lubuskim sytuacja wyglądała nieco lepiej – wprawdzie poradnie również zlokalizowane są w miastach, ale każda w innym.

Z danych, które oddziały wojewódzkie NFZ udostępniły Sieci Obywatelskiej Watchdog Polska, wynika, że w latach 2018 i 2019 podpisano podobną liczbę umów na świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży. Niestety nie wszystkie oddziały w odpowiedzi na wniosek podały kwotę przeznaczoną w 2019 r. na tę opiekę, dlatego w zestawieniu dotyczącym tego roku uwzględniono jedynie 10 województw. Brakuje danych ze Śląska, z województwa lubuskiego, kujawsko-pomorskiego, łódzkiego, warmińsko-mazurskiego i podlaskiego. Dane dotyczące 2018 r. były kompletne (tab. 3).

Tabela 3

Nakłady na ambulatoryjną opiekę psychiatryczną dzieci i młodzieży w poszczególnych województwach w przeliczeniu na jednego małoletniego mieszkańca regionu (w zł)*

Województwo	2018	2019
dolnośląskie	6,5	7,6
kujawsko-pomorskie	8,9	bd.
lubelskie	4,0	5,3
lubuskie	6,6	bd.
łódzkie	5,2	bd.
małopolskie	7,6	7,9
mazowieckie	8,5	9,4
opolskie	3,5	3,0
podkarpackie	5,1	5,4
podlaskie	7,1	bd.
pomorskie	8,6	11,3
śląskie	7,7	bd.
świętokrzyskie	3,7	4,8
warmińsko-mazurskie	4,4	bd.
wielkopolskie	6,2	7,3
zachodniopomorskie	7,0	6,3

*na podstawie danych z GUS.

W 2018 r. najwięcej na ambulatoryjną opiekę psychiatryczną dla dzieci w przeliczeniu na jednego małoletniego mieszkańca przeznaczyły województwa kujawsko-pomorskie (8,97 zł), pomorskie (8,68 zł) i mazowieckie (8,55 zł). Najmniej ze wszystkich województw i mniej niż połowę tego, co kujawsko-pomorskie, w 2018 r. wydało na ten cel województwo opolskie (3,5 zł). W Świętokrzyskiem i Lubelskiem w 2018 r. przeznaczono na ambulatoryjną opiekę psychiatryczną niewiele więcej, bo, odpowiednio, 3,7 i 4,01 zł w przeliczeniu na jednego mieszkańca województwa do 18 r.ż.

Z niepełnych danych za rok 2019 wynika, że większość województw zwiększyła wydatki na ambulatoryjną opiekę psychiatryczną dla dzieci i młodzieży. Największy skok, o ponad 30%, odnotowano w województwach pomorskim i lubelskim. Wydatki na ten cel znacznie zwiększył również świętokrzyski oddział NFZ, podnosząc je w stosunku do 2018 r. o 28%. W Wielkopolsce z kolei wzrosły one o 18%. Z 10 województw, których danymi za 2019 r. dysponowano, dwa nieznacznie obniżyły wartość kontraktów na psychiatryczną opiekę ambulatoryjną w porównaniu z 2018 r. – zachodniopomorskie o 10% i opolskie, które i tak wydawało najmniej, o 8%. Opolski oddział NFZ w odpowiedzi na wniosek zastrzegł jednak, że wprawdzie

ma zaplanowane wydatki na konkretnym poziomie, jednak finansowanie tych świadczeń odbywa się według rzeczywistych potrzeb zdrowotnych.

We wniosku o informację publiczną skierowanym do oddziałów wojewódzkich NFZ Sieć Watchdog pytała również o średni czas oczekiwania na wizytę w poszczególnych poradniach w roku 2018 i w pierwszym kwartale roku 2019. Dane te zostały udostępnione, jednak w rozbiciu na poszczególne miesiące i tryb przyjęcia – pilny i w stanie stabilnym, co utrudniało porównanie między województwami. Dodatkową przeszkodą była forma udostępnienia tych danych – w wielu przypadkach były to niewyraźne skany.

Jeśli chodzi o przyjęcie w trybie pilnym, to większość poradni deklarowała przyjęcie od ręki. W stanie stabilnym pacjent, w zależności od poradni, czeka od tygodnia do roku, najczęściej dwa-trzy miesiące. Taki stan rzeczy poradnie raportują NFZ-owi.

Narodowy Fundusz Zdrowia w oparciu o te dane prowadzi informator online – terminyleczenia.pl – w którym można sprawdzić, jaki jest czas oczekiwania na przyjęcie w danej poradni, także poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży. Część oddziałów NFZ w odpowiedzi na pytanie o średni czas oczekiwania na przyjęcie w poradni odsyłało właśnie do tego informatora. Chcąc sprawdzić, czy pacjenci korzystający z informatora mają dostęp do rzetelnych danych, Sieć Obywatelska Watchdog Polska kontaktowała się z wybranymi poradniami z kilku województw, pytając o najbliższy wolny termin wizyty. W żadnym przypadku czas oczekiwania na wizytę, publikowany w serwisie terminyleczenia.pl, nie potwierdził się, a rozbieżności były olbrzymie. Na przykład zgodnie z informatorem NFZ na wizytę w szpitalu uniwersyteckim w Bydgoszczy trzeba czekać dwa miesiące (dane z połowy kwietnia 2019 r.), a w rozmowie telefonicznej poinformowano, że do końca 2019 r. nie ma już miejsc. W innych przypadkach różnice w terminach widocznych na stronie i podawanych przez NFZ wynosiły ok. dwóch miesięcy.

MIEJSCA NA ODDZIAŁACH CAŁODOBOWYCH

Łóżka i dostawki na oddziałach całodobowych

O łóżka na oddziałach całodobowych i miejsca na oddziałach dziennych Sieć Obywatelska Watchdog Polska pytała zarówno szpitale, jak i oddziały NFZ. Oddziały NFZ często nie odpowiadały wprost, tylko odsyłały do Rejestru Podmiotów Prowadzących Działalność Leczniczą. W przypadku łóżek informacje od szpitali nie pokrywały się z danymi NFZ w prawie połowie przypadków. Różnice zazwyczaj były niewielkie, poza przypadkami szpitali w Konstancinie (NFZ przekazał,

że w 2019 r. zakontraktowano tam 20 łóżek, według szpitala 38) i w Olszynie (szpital pisał o 32 łóżkach, dane w rejestrze NFZ wskazywały na 60). Dane uzyskane z NFZ dotyczą liczby łóżek, szpitale raportowały również o tzw. dostawkach, czyli materacach układanych na korytarzach czy w salach, gdy na oddziale brakuje miejsc.

Tabela 4

*Liczba łóżek na oddziałach psychiatrii dzieci i młodzieży w podziale na województwa i w przeliczeniu na liczbę mieszkańców do 18 r.ż. na podstawie danych uzyskanych z NFZ**

Województwo	Liczba łóżek na oddziałach stacjonarnych – 2018 r.	Liczba łóżek na oddziałach stacjonarnych – 2019 r.	Liczba mieszkańców województwa do 18 r.ż. przypadająca na jedno łóżko na całodobowym oddziale psychiatrii dziecięcej w 2019 r.**
dolnośląskie	135	135	3 818
kujawsko-pomorskie	43	43	9 257
lubelskie	52	52	7 700
lubuskie	90	90	2 155
łódzkie	106	106	4 162
małopolskie	43	50	13 537
mazowieckie	186	186	5 706
opolskie	18	18	9 310
podkarpackie	24	24	13 018
podlaskie	0	0	0
pomorskie	71	76	6 267
śląskie	103	95	8 536
świętokrzyskie	18	18	12 286
warmińsko-mazurskie	60	60	4 655
wielkopolskie	56	50	14 118
zachodniopomorskie	36	36	8 659

*Dane na pierwszy kwartał 2019 r. **Na podstawie danych z GUS.

Najgorzej sytuacja miała się w województwie podlaskim, gdzie od likwidacji oddziału psychiatrycznego dla dzieci w szpitalu w Choroszczynie w 2012 r., nie ma żadnego całodobowego oddziału psychiatrycznego przeznaczonego dla młodych pacjentów¹¹. Tymczasem dane GUS wskazują, że jest to region, w którym jeszcze kilkanaście lat temu odnotowywano najwyższy w kraju współczynnik prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży, który wynosił 13,3 (dla porównania na Śląsku wynosił on wówczas

11 Według najnowszych informacji w Białymstoku rozstrzygnięto przetarg na Centrum Psychiatryczne Uniwersytetu Medycznego z 36 łóżkami dziecięcej kliniki. Prace budowlane mają zakończyć się 31 maja 2022 r. (Kurier Poranny, 2020).

6,1; GUS, 2011). Nawet tam jednak, gdzie działają takie oddziały, po przeliczeniu liczby łóżek na liczbę dzieci w danym województwie, nie można mówić o zabezpieczeniu wszystkich potrzeb. W Wielkopolskim jedno łóżko w szpitalu przypadało na 14 118, w Małopolskim – na 13 537, a Podkarpackiem – na 13 018 osób (tab. 4).

Lepiej było w województwie lubuskim, gdzie na jedno łóżko przypada 2155 osób do 18 r.ż., warto jednak pamiętać, że wszystkie 90 miejsc w tym województwie znajdowało się w jednym miejscu – w szpitalu w Zaborze. Trudno więc mówić o jakimkolwiek geograficznym zróżnicowaniu. Nieźle, na tle pozostałych województw, prezentuje się natomiast województwo dolnośląskie, gdzie na jedno łóżko przypadało 3818 dzieci i nastolatków.

Według danych NFZ w latach 2018 i 2019 w większości województw liczba łóżek pozostała na tym samym poziomie. W 2019 r. w województwach małopolskim i pomorskim – nieznacznie wzrosła, w wielkopolskim i śląskim – zmalała. Także szpitale, które odpowiedziały na wniosek Sieci Obywatelskiej Watchdog Polska, nie raportowały znaczącej poprawy. W 2018 r. dysponowały łącznie 871 miejscami, a w 2019 r. – 906 miejscami.

Szpitale przekazywały również informację o tzw. dostawkach, czyli materacach i rozstawianych łóżkach, stosowanych, gdy brakuje łóżek dla kolejnych pacjentów. Z 30 szpitali w latach 2018 i 2019 20 rozstawiało „dostawki”, co łącznie dawało 150 prowizorycznych miejsc w 2018 r. i 115 do kwietnia 2019.

Miejsca na oddziałach dziennych

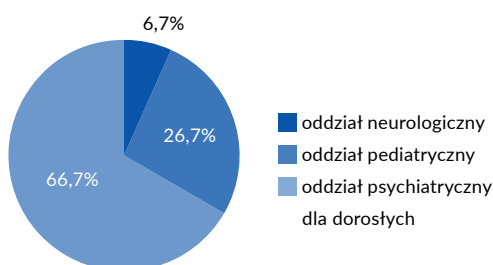
W 2018 r. i w pierwszym kwartale 2019 r. aż w pięciu województwach (lubuskim, opolskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim) nie było żadnej placówki, która miałyby podpisaną umowę z NFZ na prowadzenie dziennego oddziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży. Według danych NFZ z pierwszego kwartału 2019 r. w całym kraju działało 37 oddziałów dziennych psychiatrii dzieci i młodzieży. O największej dostępności miejsc można mówić w przypadku województwa dolnośląskiego – tam, w przeliczeniu na 515 524 najmłodszych pacjentów w województwie, na jedno miejsce na oddziale przypadało 1712 osób. To ogromna różnica w stosunku do podlaskiego, gdzie na 218 467 dzieci i nastolatków w województwie było tylko 11 miejsc, co dawało 19 860 osób na jedno miejsce.

W stosunku do 2018 r. miejsc na oddziałach dziennych psychiatrii dzieci i młodzieży ubyło – w województwie śląskim w 2018 r. było ich 132, w 2019 (w pierwszym kwartale) tylko 81. Liczba miejsc zwiększyła się jedynie w województwie wielkopolskim – z 29 do 44.

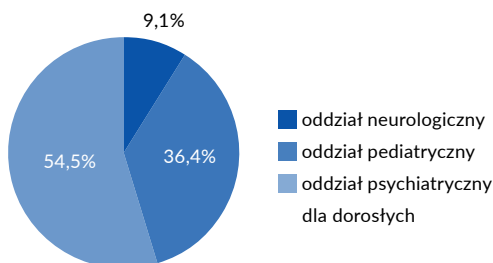
PRZYJĘCIA NA ODDZIAŁ

Szpitala, wypełniając ankietę, podawały również dane dotyczące średniego czasu oczekiwania na hospitalizację w 2018 r. oraz na dzień złożenia wniosku o informację publiczną, czyli 6 marca 2019 r. W 2018 r. pacjent w stanie pilnym czy zagrożenia życia mógł liczyć na natychmiastowe przyjęcie w 20 z 30 szpitali, które odpowiedziały na ankietę. Z udostępnionych danych wynika jednak, że niektóre oddziały nie były w stanie przyjmować pacjentów w trybie pilnym – w 2018 r. średni czas oczekiwania wynosił 13 dni. Dwa szpitale podały rekordowo długi czas oczekiwania na przyjęcie w trybie pilnym – Centrum Pediatrii im Jana Pawła II w Sosnowcu sp. z o.o. – 167 dni oraz Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu – 182 dni. Dane z początku 2019 r. są podobne do tych z 2018 r. W 21 na 30 szpitali pacjentów w stanie pilnym przyjmowano natychmiast, ale biorąc pod uwagę dane ze wszystkich szpitali, które odpowiedziały na to pytanie, średni czas oczekiwania w trybie pilnym wynosił 12 dni. Rekordzistami ponownie były szpitale w Sosnowcu i we Wrocławiu z czasem oczekiwania w trybie pilnym, odpowiednio, 121 i 182 dni.

Nie oznacza to jednak, że pacjentów w stanie pilnym lub zagrożenia życia, dla których nie było miejsca w szpitalu, pozostawiano bez żadnej pomocy. Z odpowiedzi poszczególnych placówek wynika, że w takiej sytuacji dziecko było przyjmowane na inny oddział bądź przewożone do innego szpitala, co jednak nierzadko oznaczało konieczność jazdy do innego województwa. W 2018 r. w prawie połowie (45,2%) szpitali zdarzyła się sytuacja, w której lekarze z powodu braku miejsca byli zmuszeni odesłać pacjenta na inny oddział. Najczęściej był to oddział psychiatryczny dla dorosłych (66,7%), czasem oddział pediatriczny (26,7%), sporadycznie neurologiczny (6,7%; ryc. 1). W pierwszych miesiącach 2019 r. 35% szpitali deklarowało, że musiało umieścić pacjenta na innym oddziale z powodu braku miejsca na oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży: 54,5% z nich trafiło na oddział psychiatryczny dla dorosłych, 36,4% – na oddział pediatriczny, a 9,1% – neurologiczny (ryc. 2).



Rysunek 1. Oddział, na jaki z powodu braku miejsc odsyłano pacjenta zgłaszającego się na oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży. Dane z 2018 r.



Rysunek 2. Oddział, na jaki z powodu braku miejsc odsyłano pacjenta zgłaszającego się na oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży. Dane z pierwszego kwartału 2019 r.

Zarówno w roku 2018, jak i w pierwszych miesiącach roku 2019 w ok. 1/3 szpitali zdarzyła się sytuacja, że musiano odesłać pacjenta, który zgłosił się w stanie pilnym bądź zagrożenia życia, do innego szpitala (2018 r. – 32,3%; początek 2019 r. – 38,7%).

Dużo trudniej było dostać się do szpitala małoletnim pacjentom, których stan nie wymagał pilnej hospitalizacji. W czasie, gdy szpitale odpowiadały na wniosek o informację Sieci Obywatelskiej (marzec–kwiecień 2019 r.), możliwość przyjęcia na oddział całodobowy dziecka poza trybem pilnym deklarowało jedynie sześć spośród 31 oddziałów (czyli 30 szpitali, ponieważ jeden ze szpitali prowadzi osobno szpital dla dzieci i osobno dla młodzieży). W 2018 r. jedynie pięć szpitali przyjmowało pacjentów poza trybem pilnym. W pozostałych przypadkach na dzień udzielania odpowiedzi stowarzyszeniu czas oczekiwania wynosił 7–720 dni. Średni czas oczekiwania to 83 dni, a rekord – 720 dni – należał do Szpitala Klinicznego im. Karola Jonchera UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. W 2018 r. średni czas oczekiwania na przyjęcie poza trybem pilnym w 30 szpitalach biorących udział w ankiecie wynosił 59 dni. We wniosku o informację publiczną zapytano również, ile osób oczekuje na przyjęcie do szpitala na dzień złożenia wniosku. Z danych udostępnionych przez 30 szpitali wynika, że na przełomie marca i kwietnia 2019 r. na przyjęcie na oddział psychiatrii dzieci i młodzieży oczekiwały łącznie 634 osoby. Ta liczba rozkłada się bardzo nierówno – sześć placówek zadeklarowało, że nikt nie czeka na przyjęcie, ale np. do Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego czekały 174 osoby (dane z 20 marca 2019 r.). Było to zapewne spowodowane koniecznością zapewnienia miejsc dzieciom z Podlasia, które z powodu braku szpitala w ich województwie zwykle trafiają na Mazowsze.

Jeśli chodzi o przyjęcia na szpitalne oddziały dzienne prowadzone obok oddziałów całodobowych, stowarzyszenie – jak wspomniano we wstępie – zebrało dane dotyczące 13 takich oddziałów (tab. 1). Średni czas oczekiwania na przyjęcie na przyszpitalny oddział w dzienny w 2018 r. wynosił 92 dni, a na dzień złożenia wniosku o informację (marzec 2019) – 98 dni.

KADRA

Lekarze na oddziałach całodobowych

Gdy szpitale odpowiadały na pytania Sieci Obywatelskiej Watchdog Polska, obowiązywało Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2013 poz. 1386)¹², które regulowało liczbę zatrudnionych na oddziale lekarzy, rezydentów, kadry pielęgniarskiej, psychologów lub osób prowadzących psychoterapię.

Zgodnie z nim przy 16 łóżkach wpisanych przez szpital do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą powinien pracować w wymiarze jednego etatu lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży bądź psychiatrii dziecięcej lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii bądź psychiatrii dzieci i młodzieży, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii bądź psychiatrii dzieci i młodzieży.

Przy 32 łóżkach Rozporządzenie przewidywało jeden etat lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dziecięcej. Oddziały starały się spełniać tę normę, zatrudniając jednego lekarza w wymiarze jednego etatu lub kilku lekarzy na części etatu, tak by skompletować jeden etat lub więcej, jeśli oddział był większy niż 32 miejsca.

Łatwo zauważyć niedobór specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze raportował w odpowiedzi na wniosek 2,25 etatu, co przy 90 łóżkach jest liczbą niewystarczającą. Dyrektor placówki tłumaczył, że z powodu niedoboru lekarzy przyjmowano mniejszą liczbę pacjentów niż liczba miejsc na oddziale (Kwaśniewski, 2019). W marcu 2019 r. na przyjęcie do tego szpitala w kolejce czekało 22 pacjentów.

12 Uchyliło je Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, które weszło w życie 26 lipca 2019 r. (Dz.U. 2019 poz. 1285).

Pozostałe oddziały, które udzieliły odpowiedzi o wymiarze etatów, spełniały normę zatrudnienia co najmniej na poziomie jednego etatu lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dziecięcej na 32 łóżka. Nie jest to wyśrubowany standard – po podzieleniu liczby etatów specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży na danym oddziale przez liczbę łóżek widać, że w praktyce oznaczało to, iż na jedno łóżko na oddziale przypadało średnio około 0,1 etatu zatrudnionego specjalisty psychiatrii dzieci i młodzieży.

Odpowiedzialność za oddział w czasie dyżuru

Lekarze, którzy konsultowali pytania Sieci Obywatelskiej Watchdog Polska, sygnalizowali, że na oddziałach brakuje specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży do obsadzania dyżurów. Zebrane dane potwierdzają, że w pierwszym kwartale 2019 r. w 41,9% szpitali dyżury wspierali lub pełnili wyłącznie psychiatry dla dorosłych i rezydenci psychiatrii i psychiatrii dziecięcej.

Lekarze na oddziałach dziennych

Sytuacja na przyszpitalnych oddziałach dziennych, które odpowiedziały na wniosek Sieci Obywatelskiej Watchdog Polska, była nawet gorsza niż na oddziałach całodobowych. Rozporządzenie, które wówczas określało normę zatrudnienia w placówkach oferujących świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży obejmujące diagnostykę, leczenie i rehabilitację dzieci i młodzieży do 18 r.ż., przewidywało jeden etat lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dziecięcej bądź lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii na 40 miejsc.

I tak np. w Szpitalu Pediatrycznym w Bielsku-Białej na dziennym oddziale psychiatrycznym dla dzieci w 2018 r. było zatrudnionych dwóch lekarzy specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży – każdy na 0,6 etatu, a w 2019 r. (dane z początku roku) zmniejszył się wymiar etatów do jednego lekarza na 0,3 etatu. Co za tym idzie, liczba pacjentów spadła z dziewięciu do pięciu. Centrum Medyczne w Łańcucie nie zatrudniało specjalisty psychiatrii dziecięcej, pracował tam jedynie specjalista psychiatra. Często praktyką jest też to, że szpitale nie różnicują wymiarów etatów dla oddziałów dziennych i całodobowych, a lekarze dzielą swój czas między oba oddziały.

Zatrudnienie psychiatrów dzieci i młodzieży zdaniem Ministerstwa Zdrowia i Naczelnej Izby Lekarskiej

Ministerstwo Zdrowia w odpowiedzi z 25 stycznia 2019 r. na wniosek o informację publiczną¹³, również pisało o niedoborze specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce. Przyniosło dane Naczelnej Izby Lekarskiej, według której w 2017 r. było w Polsce 362 lekarzy specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży. Wspomniało również, że podczas gdy standardem WHO jest 10 lekarzy tej specjalizacji na 100 000 dzieci i nastolatków, to w Polsce jest ich tylko 5,2. Ministerstwo nie dodało natomiast innej informacji, znanej np. z wystąpienia Rzecznika Praw Pacjenta (2018), zgodnie z którą 169 z 362 lekarzy ukończyło 51 lat.

Dane Naczelnej Izby Lekarskiej, aktualne na 31 marca 2019 r., gdy szpitale odpowiadały na wniosek Sieci Obywatelskiej Watchdog Polska, były nieznacznie lepsze, jeśli chodzi o liczbę lekarzy tej specjalizacji – zawód wykonywało wówczas 379 lekarzy specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży i 40 lekarzy w trakcie specjalizacji I stopnia, razem 419. Tymczasem specjalistów psychiatrii oraz psychiatrów w trakcie specjalizacji było razem 4165¹⁴.

Rezydenci psychiatrii dzieci i młodzieży w szpitalach

Według danych, które przekazały szpitale, pracowało w nich niewielu rezydentów psychiatrii dzieci i młodzieży (lekarzy w trakcie specjalizacji). W 2018 r. tylko w 12 z 30 szpitali zatrudniało rezydentów. I chociaż miejsc było o wiele więcej, bo Ministerstwo Zdrowia (2018a, 2018b) przyznało ich 26 w wiosennej i 46 w jesiennej rekrutacji, to szpitale przyjęły w sumie 19 osób. W 2017 r. na 67 miejsc specjalizację rozpoczęło tylko 11 osób¹⁵. W 2019 r. szpitale były gotowe przyjąć nawet 73 rezydentów. W wiosennej turze Ministerstwo Zdrowia (2019a, 2019b) przyznało pulę 24 miejsc i 41 w turze jesiennej.

13 <https://drive.google.com/file/d/1Mg1lg9PCJFwstgs3wcYO2uHPxHk0fUUAU/view>.

14 Najnowsze dane z października 2019 r. wskazują na 401 specjalistów i 40 na I stopniu specjalizacji, wykonujących zawód, w sumie 441 osób. Dla porównania – specjalistów psychiatrii było w tym czasie 3700, na I stopniu specjalizacji 544, w sumie 4244. https://nil.org.pl/uploaded_files/1574855455_za-pazdziernik-2019-zestawienie-nr-04-1.pdf.

15 https://rpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/_public/bip/wystapienia_rzecznika/scan_pisma_do_min._zdrowia.pdf.

Pielęgniarki

Z początkiem 2019 r. w życie weszło Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 11 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2018 poz. 2012). Określano w nim m.in. minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek w przeliczeniu na łóżka (np. na pediatrii miał być to równoważnik 0,8 etatu na łóżko na oddziale zachowawczym, a 0,9 na zabiegowym). I chociaż zakładano okres przejściowy do 30 czerwca, gdzie normy miały wynosić odpowiednio 0,6 i 0,7, to okazało się, że pielęgniarek jest za mało i w czerwcu 2019 r. okres przejściowy wydłużono do końca 2020 r.

Rozporządzenie nie uwzględniało norm na oddziałach psychiatrii dzieci i młodzieży. Tu obowiązywały jeszcze mniej wygórowane wymagania, określone w Rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień z 6 listopada 2013 r. (Dz.U. 2018 poz. 2012), gdzie w wymogach dla świadczenia psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży obejmujących diagnostykę i leczenie mowa po prostu o „pielęgniarkach”, bez określenia przelicznika ich etatów. Równoważniki zatrudnienia pielęgniarek w psychiatrii nie są tematem nowym. Mówi się o nich co najmniej od strajku pielęgniarek w 2015 r., kiedy próbowano je wypracować w Ministerstwie Zdrowia. Temat wrócił w zapowiedziach Ministerstwa również w 2018 r. Na tym jednak się kończyło¹⁶.

Kadra pielęgniarska na oddziałach całodobowych

Niedobory kadry pielęgniarskiej widać w odpowiedziach nadesłanych przez szpitale. Przeliczenie etatów pielęgniarek na liczbę łóżek w pierwszym kwartale 2019 r. daje

16 Kolejne Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, które weszło w życie 26 lipca 2019 r. zakładało przeliczenie etatu, ale mniejsze niż na pediatrii – równoważnik co najmniej pół etatu na łóżko, w tym równoważnik co najmniej dwóch etatów: pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pediatrycznego lub pielęgniarka w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pediatrycznego, lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pediatrycznego lub pielęgniarka w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pediatrycznego (Dz.U. 2019 poz. 1285), zaś Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, opisujące świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w ramach poziomów referencyjnych na trzecim poziomie referencyjnym wraca do sformułowania mówiącego po prostu o wymogu „pielęgniarek” bez określenia przeliczeń etatów (Dz.U. 2019 poz. 1640).

średnio 0,54 etatu na łóżko na całodobowym oddziale psychiatrii dzieci i młodzieży. A warto pamiętać o licznie stosowanych na wielu oddziałach dostawkach, których nie uwzględniono w tym przeliczeniu.

Na przykład Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu w 2019 r. na oddziale miał 24 łóżka, a w pierwszym kwartale roku pracowało tam osiem pielęgniarek na pełen etat. To daje 0,33 etatu na łóżko, na szczęście oddział nie obsługiwał dostawek, ale np. Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku dysponował w tym samym czasie 35 łóżkami, a na oddziale pracowało 15 pielęgniarek w etacie równym w sumie 14,41, co daje wskaźnik etatu na łóżko wynoszący 0,41. Czy to dużo lepiej? Niekoniecznie, jeśli pamiętamy, że w Gdańsku wykorzystywano również dostawki. Przy tym mały oddział z czterema łóżkami w NSP ZOZ „Mawiko” w Chojnicach i sześcioma etatami pielęgniarskimi, co daje przelicznik 1,75 etatu na łóżko wydaje się ewenementem.

Kadra pielęgniarska na oddziałach dziennych

Obsada pielęgniarska przyszpitalnych oddziałów dziennych często składała się z wielkiego patchworku etatów. I tak np. Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu zatrudniało aż 20 pielęgniarek, jednak ich wymiar pracy był bardzo niewielki – trzy pielęgniarki pracowały na 0,10 etatu, cztery – na 0,13 etatu, cztery – na 0,10 etatu, trzy – na 0,03 etatu, dwie – na 0,025 etatu, trzy – na 0,02 etatu, a jedna była zatrudniona na 0,01 etatu (z czego trzy pierwsze miały umowy o pracę, a pozostałe – kontrakty).

Sanitariusze

Zatrudnienia na oddziałach sanitariuszy nie wymagało obowiązujące podczas zbierania danych od szpitali Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2013 poz. 1386), zapewne dlatego ich obecność nie jest powszechna ani na oddziałach stacjonarnych, ani na oddziałach dziennych.

Na 31 oddziałów całodobowych sanitariusze pracowali w 13 z nich w 2018 r. i 14 w pierwszym kwartale 2019 r. Pytanie spotkało się z niezrozumieniem czterech oddziałów, gdzie podano informacje o zatrudnieniu na stanowisku salowych i opiekunów medycznych. O tym, że to różne zawody, wspomina Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. 2011 Nr 151 poz. 896) Na przyszpitalnych oddziałach

dziennych praca sanitariuszy jest jeszcze mniej powszechna, zatrudniano ich tylko na trzech z 13 oddziałów.

Fizjoterapeuci

W przypadku fizjoterapeutów sytuacja była podobna – rozporządzenie nie wymagało, by byli zatrudnieni na oddziale, ewentualnie mieli się pojawiać „w zależności od potrzeb”, jeśli realizowany był program terapeutyczno-rehabilitacyjny dla osób z autyzmem dziecięcym lub świadczenia dzienne rehabilitacyjne dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi. Stąd zarówno w roku 2018, jak i w pierwszych trzech miesiącach 2019 r. fizjoterapeuci, w sumie siedem osób, pracowali jedynie na czterech z 31 oddziałów całodobowych. Zazwyczaj na cząstkach etatu, np. 0,25. Na oddziałach dziennych w ogóle nie byli zatrudniani.

Psycholodzy, terapeuci i socjoterapeuci na oddziałach całodobowych

W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień z 6 listopada 2013 r. (Dz.U. 2011 Nr 151 poz. 896) określono, że na oddziale całodobowym psychiatrii dzieci i młodzieży powinien pracować psycholog lub osoba prowadząca psychoterapię bądź osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty w wymiarze jednego etatu przeliczeniowego na 10 łóżek. Spośród 24 oddziałów, które klarownie wyróżniły w odpowiedziach te stanowiska, większości – 21 – udało się sprostać utrzymaniu tej normy zarówno w roku 2018, jak i na początku 2019 r. Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy balansował na granicy przelicznika, a Uzdrowisko Konstancin-Zdrój SA Szpital Rehabilitacji i Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze miały niższe wyniki.

Rozporządzenie przewidywało również, że oddział na 60 łóżek wymaga zatrudnienia osoby prowadzącej terapię zajęciową w równoważniku jednego etatu. Te ze szpitali, które podały dane o terapeutach (dane są częściowe, bo pytano zbiorczo o psychologów i psychoterapeutów, socjoterapeutów, a w opisowych odpowiedziach część szpitali wyróżniała terapeutów zajęciowych), mieściły się w tej normie.

Psycholodzy, terapeuci i socjoterapeuci na oddziałach dziennych

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. mówiło również o tym, że na oddziale dziennym zatrudnia się psychologa lub osobę prowadzącą

psychoterapię bądź osobę ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty w równoważniku jednego etatu przeliczeniowego na 14 miejsc. Z 11 oddziałów dziennych w szpitalach wszystkie spełniały tę normę w 2018 r., 10 spełniało ją w pierwszych miesiącach 2019 r., przy czym jednemu niewiele brakowało – raportował 0,9 etatu.

WIEK PACJENTÓW SZPITALI

W ankiecie skierowanej do szpitali zapytano również o wiek pacjentów hospitalizowanych na oddziale całodobowym. Z odpowiedzi wynika, że nie każdy szpital przyjmuje dzieci bez względu na wiek. O ile np. wszędzie przewidziano miejsca dla czternastolatków, o tyle miejsce dla pięciolatek znajdzie się jedynie w 12 z 30 szpitali. Widać też sporą dysproporcję w liczbie i dostępności miejsc dla określonych grup wiekowych w poszczególnych województwach. Na przykład jedyny szpital na Podkarpaciu – w Łańcucie – przyjmuje pacjentów w wieku 8–18 lat, a w Zachodniopomorskiem możliwość hospitalizacji mają chorzy w wieku 6–18 lat. Trudno ocenić, czy szpitale robią wyjątki i w razie konieczności przyjmują młodsze dzieci, czy też rodzice dzieci są zmuszeni szukać miejsc w placówkach położonych w innych województwach. Podobny problem dotyczy, formalnie już dorosłych, dziewiętnastolatków, którzy nierzadko nie ukończyli jeszcze szkoły. Hospitalizacja na oddziale młodzieżowym pozwala na kontynuację edukacji, na oddziale dla dorosłych jest to utrudnione. Tymczasem tylko 10 szpitali przyjmuje na oddziały całodobowe psychiatrii dzieci i młodzieży dziewiętnastolatków. W przypadku oddziałów dziennych miejsca rozkładają się trochę bardziej równomiernie, jeśli chodzi o chorych w wieku 6–18 lat. Tylko jeden szpital spośród 13 przewidział miejsca dla pacjentów mających 19 lat (Centrum Medyczne w Łańcucie).

SZKOŁA I TERAPIA

Na dzień realizacji wniosku o informację publiczną 83,9% oddziałów całodobowych zapewniało kontynuację nauki według programu szkoły podstawowej i niecałe 50% – szkoły średniej, choć 28 na 30 szpitali przyjmowało dzieci w wieku licealnym. Jedynie 3% oddziałów zapewniało nauczanie indywidualne na poziomie szkoły podstawowej, a 6,5% – ponadpodstawowej. Również na oddziałach dziennych dużo częściej prowadzi się szkoły podstawowe niż ponadpodstawowe.

Wszystkie szpitale, poza oddziałem dla młodzieży Specjalistycznego Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Łodzi, na dzień realizacji wniosku o informację prowadziły terapię zajęciową, która odbywała się zazwyczaj w dni

powседневnie. Większość placówek dysponowała osobną salą do terapii zajęciowej (nie miały jej trzy spośród 31 oddziałów). Prawie 20% szpitali nie oferuje swoim pacjentom żadnych zajęć sportowych, co zapewne jest spowodowane problemami lokalowymi – tylko 38,7% oddziałów całodobowych ma osobną salę do zajęć sportowych, a 16% korzysta z sal w innych budynkach. Terapię rodzinną lub konsultacje rodzinne zapewniało 77% oddziałów całodobowych i 92% oddziałów dziennych.

WARUNKI BYTOWE

Sale sypialne

Przepelnione, brzydkie sale i dostawki na korytarzach są typowym materiałem ilustrującym doniesienia medialne o stanie psychiatrii dziecięcej, a szpitale, dysponujące w większości wieloosobowymi salami i borykające się z dużym obłożeniem, nie mogą zapewnić kameralnych oraz spokojnych warunków leczenia.

Większość oddziałów, które odpowiedziały na wniosek Sieci Obywatelskiej Watchdog Polska, raportowało o tym, że nie dysponuje małymi salami. Zazwyczaj wspomniano o salach o różnej liczbie łóżek dla większej liczby pacjentów. Jednoosobowe pokoje miało 40% szpitali, po jednym lub po dwa na oddział, połowa szpitali posiadała pokoje dwuosobowe – po trzy lub cztery na oddział.

Rzadkie przypadki oddziałów składających się tylko z sal dwuosobowych to oddziały w Instytucie Psychiatrii i Neurologii oraz Uniwersyteckim Centrum Klinicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Zazwyczaj na oddziałach przeważały sale dla trzech i czterech osób, tak było w 60% szpitali, które odpowiedziały na wniosek. Dziewięć szpitali miało również pokoje na pięć łóżek, a cztery dysponowały salami na sześć łóżek. Sudeckie Centrum Onkologii na swoim oddziale oprócz sal dla czterech i pięciu pacjentów, miało również sale aż dla siedmiu osób.

Łazienki i infrastruktura sanitarna

Szpitale bardzo się różnią pod względem liczby pomieszczeń higienicznosanitarnych w przeliczeniu na liczbę pacjentów. Na przykład w jednym ze szpitali przy 40 pacjentach były dwie łazienki, w innym na 38 osób było ich 16. Tak samo toalety – bywało, że na 23 pacjentów było ich 13, a w innym szpitalu przy 20 osobach były tylko dwie.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczególnych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2019 poz. 595) mówi, że „Pokój łóżkowy

na oddziale szpitalnym jest wyposażony w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki.” Zaraz w następnym ustępie dodano jednak, że przepisu nie stosuje się w pokojach na oddziałach psychiatrycznych. Być może wynika to ze względów bezpieczeństwa, niemniej może to stanowić dyskomfort przy jednocześnie utrudnionym dostępie do łazienek.

Monitoring wizyjny

Nieco ponad 87% z oddziałów całodobowych psychiatrii dzieci i młodzieży korzystało z monitoringu wizyjnego. Na ulokowanych w szpitalach oddziałach dziennych stosowano go rzadziej – w 61,5% przypadków. We wniosku o informację publiczną Sieci Obywatelskiej Watchdog Polska nie pytano o to, gdzie dokładnie znajdują się kamery. Kwestią przypadków, gdy monitoring był bezzasadny lub naruszał prywatność pacjentów, zajmowała się NIK (2018), a także Rzecznik Praw Obywatelskich (2018).

Na oddziałach psychiatrycznych „instalację urządzeń umożliwiających obserwację pacjentów, jeżeli jest to konieczne w procesie ich leczenia i dla zapewnienia im bezpieczeństwa” w pokojach łóżkowych, a w separatkach „systemu monitoringu z kamerą, posiadającego rezerwowe zasilanie wyposażone w funkcję autostartu, niedostępną dla osoby izolowanej”, dopuszcza Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r.

Separatki

Separatki w rozumieniu Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. to jednoosobowe pomieszczenia posiadające m.in. odporne na zniszczenie drzwi, otwierające się na zewnątrz, z okienkiem obserwacyjnym szklonym szkłem hartowanym, wyposażone w podwójny system zamykania od zewnątrz i bez klamki od wewnątrz, własne pomieszczenie higienicznosanitarne wyposażone dodatkowo w miskę ustępową, natrysk i umywalkę, odporne na umyślnie zniszczenia, łóżko wyposażone w materac niepalny, odporny na zniszczenie i wspomniany wcześniej system monitoringu z kamerą.

W tego typu pomieszczenia wyposażone było 11 z 31 oddziałów całodobowych psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży. Zazwyczaj na oddziale była jedna izolotka. Najwięcej izolatek – cztery – było w Zaborze, ale przy 90 miejscach na oddziale nie wydaje się, by było to szczególnie dużo.

Procedury bezpieczeństwa

Szpitala pytano również o wdrożone procedury bezpieczeństwa. Zazwyczaj w odpowiedziach pojawiały się monitoring, dostępność grupy interwencyjnej, procedury przymusu bezpośredniego, regulamin oddziału, zabezpieczenia drzwi i okien, procedury dotyczące bezpieczeństwa przeciwpożarowego i BHP, a także ewakuacji. Niektóre ze szpitali przesyłały bardzo szczegółowe opisy wdrożonych procedur, jak np. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Jeden ze szpitali pisał o braku wdrożonych procedur, inny pominął to pytanie.

PROTOKOŁY POKONTROLNE

Sieć Obywatelska Watchdog Polska we wniosku skierowanym do szpitali prosiła również o udostępnienie protokołów z kontroli, które miały miejsce na oddziałach psychiatrii dzieci i młodzieży w 2018 r. Łącznie udostępniono stowarzyszeniu 17 protokołów pokontrolnych, z spośród których pięć dotyczyło kontroli Państwowej Inspekcji Sanitarnej, a dziewięć – przeprowadzonej przez sąd. Zarówno kontrole sanepidu, jak i sądów odbywają się w szpitalach regularnie i są regulowane ustawowo. Sanepid zobowiązuje do nich ustawa o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. 1985 Nr 12 poz. 49), natomiast sądy – art. 43 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 Nr 111 poz. 535). Jeden udostępniony protokół dotyczył wewnętrznej kontroli szpitala i stwierdzono w nim pewne niewielkie uchybienia. Przesłano również protokół z kontroli wojewódzkiego konsultanta ds. psychiatrii dzieci i młodzieży będący reakcją na skargę Rzecznika Praw Dziecka w sprawie możliwego naruszenia praw dziecka i praw pacjenta – stwierdzono uchybienia w dokumentacji medycznej dotyczącej przymusu bezpośredniego. Ponadto jeden ze szpitali przesłał protokół po kontroli urzędu Wojewódzkiego, w którym nie stwierdzono uchybień.

Kontrole sanepidu

Jeśli chodzi o kontrole sanepidu, to w trzech z pięciu protokołów stwierdzono pewne nieprawidłowości. Obejmowały one uwagi dotyczące braku śluzu umywalkowo-fartuchowej w izolatce, dostępu do łóżka pacjenta z trzech stron czy braku brudownika. Warto jednak pamiętać, że większość szpitali zmaga się z niedoborem personelu i ma więcej pacjentów niż łóżek, dlatego trudno w takiej sytuacji przestrzegać wszystkich zaleceń sanitarnych. Chcąc je realizować, należałoby radykalnie zmniejszyć liczbę pacjentów na zatłoczonych oddziałach. Jeden z protokołów

sanepidu dotyczył kontroli na oddziale psychiatrii dzieci i młodzieży w Uzdrowisku Konstancin-Zdrój. Lista uchybień była długa – zastrzeżenia budził stan pomieszczeń, nieprawidłowo oznakowany pojemnik na odpady medyczne itd. Szpital na zarzuty odpowiedział następująco:

W odpowiedzi na dramatyczny brak w Województwie Mazowieckim łóżek na potrzeby hospitalizacji dzieci i młodzieży ze schorzeniami psychicznymi, Uzdrowisko Konstancin-Zdrój SA uruchomiło w Szpitalu w Konstancinie-Jeziornie stacjonarny oddział psychiatrii dla dzieci i młodzieży. W oddziale tym od sierpnia 2018 przebywają pacjenci w wieku 15–18 lat ze wskazaniem zarówno do planowej, jak i do pilnej hospitalizacji. Pomieszczenia szpitala, przy wsparciu różnych instytucji, w tym wojewódzkiego Konsultanta Psychiatrii i Sanepidu, zostały dostosowane do potrzeb prowadzenia ww. grupy pacjentów. Oddział działający w naszym Szpitalu jest jednym z najlepiej przygotowanych, urządzonych i prowadzonych oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w województwie mazowieckim, a podkreślenia wymaga fakt, iż w kilku oddziałach sytuacja zarówno w zakresie dostosowania pomieszczeń, jak i ich wyposażenia i personelu jest dramatyczna, łącznie z kwaterowaniem pacjentów na materacach na podłogach w korytarzach oddziałów. Specyfika każdego oddziału psychiatrii dzieci i młodzieży polega na tym, że przebywają w nim młodzi pacjenci ze schorzeniami psychicznymi, którzy próśb czy też poleceń personelu dotyczących kwestii ustawień łóżek w pokojach, utrzymania czystości w salach czy łazienkach itp. nie zawsze rozumieją lub też próśb tych czy poleceń nie chcą i nie wykonują. [...] Pomimo kontraktu z NFZ na ok. 20 pacjentów, w naszym oddziale obecnie przebywa ok. 35 pacjentów. Trudno też przewidzieć, czy w przypadku zgłoszeń pacjentów wymagających pilnego przyjęcia w związku z zagrożeniem życia i zdrowia (próby samobójcze), także w naszym Oddziale Psychiatrycznym nie będzie potrzeby ponadprogramowego przyjmowania pacjentów, łącznie z możliwością ich zakwaterowania na dostawkach lub korytarzach, co ma miejsce w innych tego typu szpitalach.

Kontrola sądowa

Kontrole sądowe rzadko ujawniają jakieś nieprawidłowości – na dziewięć protokołów, które udostępniono Sieci Watchdog tylko w jednym wspomniano o nieprawidłowościach dotyczących dokumentacji. Chociaż sędziowie prowadzą kontrole dotyczące legalności przyjęcia i pobytu pacjentów, to często w protokole opisują trudną sytuację placówek, które odwiedzają, tak było w przypadku Sosnowca:

Oddział Psychiatrii i Psychoterapii Wieków Rozwojowych Centrum Pediatrii w Sosnowcu jest placówką, gdzie głównie przebywają osoby małoletnie. W okresie objętym kontrolą przebywało czterech pacjentów pełnoletnich. Oddział przewidziany jest na 62 łóżka, z tym że zasoby personalne przewidziane są na 50 pacjentów.

A poniżej fragment z protokołu sporządzonego przez sędziego Sądu Rejonowego w Warszawie po kontroli w Samodzielnym Publicznym Dziecięcym Szpitalu Klinicznym:

Pan kierownik Oddziału w rozmowie z sędzią kontrolującym placówkę mówi o problemach, z jakimi boryka się Oddział w codziennym funkcjonowaniu. Obecnie najdotkliwszym problemem Oddziału jest złożenie wypowiedzenia umowy o pracę przez wszystkich lekarzy psychiatrów dziecięcych, co w rezultacie będzie prowadzić do zamknięcia oddziału, o ile nie zostaną podjęte działania przez organy nadrzędne. Profesor Wolańczyk podkreślił, że rezygnacja z pracy przez specjalistów nie jest związana z żądaniami finansowymi, a wynika z warunków pracy, które są nie do przyjęcia i zagrażają bezpieczeństwu pacjentów i personelu. W tym zakresie Kierownik Oddziału wskazał, że obecnie na Oddziale dysponującym 20 łózkami przebywa 34 pacjentów. Ubył 40 łóżkowy oddział dziecięcy w Józefowie, więc obecnie placówka dysponująca 20 łózkami jest jedynym oddziałem przyjmującym dzieci i młodzież do 15 roku życia w województwie mazowieckim i podlaskim.

Także kontrole innych jednostek nadrzędnych wskazują na problemy, z jakimi borykają się oddziały psychiatryczne dzieci i młodzieży. Po kontroli w Wojewódzkim Zespole Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie przeprowadzonej przez konsultantkę wojewódzką z dziedziny pielęgniarstwa oraz kierowniczkę oddziału w wydziale zdrowia urzędu wojewódzkiego w protokole odnotowano:

Oddział nadmiernie obciążony pracą, ponad 100% obłożenia łóżek, dostawiane w salach chorych dodatkowe łóżka, większość pacjentów przyjmowana w trybie nagłym, przywieziona przez zespoły ratownictwa medycznego. [...] Podczas czynności kontrolnych stwierdzono niewystarczającą obsadę pielęgniarską w kontrolowanym oddziale.

PODSUMOWANIE

Dane udostępnione przez szpitale, Ministerstwo Zdrowia i oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia w trybie dostępu do informacji publicznej wskazują na liczne problemy, z jakimi boryka się psychiatria dziecięca w Polsce, a w szczególności na:

1. Niedostateczną liczbę specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży. Według standardów WHO na 100 000 dzieci i nastolatków powinno przypadać 10 psychiatrów, podczas gdy w Polsce jest ich tylko 5,2.
2. Ograniczoną dostępność ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, zwłaszcza w małych miejscowościach, oraz długi czas oczekiwania na wizytę.
3. Nierówne finansowanie ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej w poszczególnych województwach – w 2018 r. w województwie opolskim, gdzie to finansowanie było na najniższym poziomie, wydawano na tę opiekę ponad 60% mniej niż w województwie kujawsko-pomorskim, w którym poziom finansowania ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży był najwyższy.
4. Brak dostępu do wiarygodnych informacji na temat czasu oczekiwania na wizytę w poradni zdrowia psychicznego dla dzieci.
5. Brak kontraktów na prowadzenie dziennych oddziałów psychiatrii dzieci i młodzieży aż w pięciu województwach – opolskim, świętokrzyskim, lubuskim, zachodniopomorskim, warmińsko-mazurskim.
6. Niedostateczną liczbę psychiatrów dzieci i młodzieży, terapeutów, psychologów, pielęgniarek zatrudnionych na psychiatrycznych oddziałach całodobowych oraz dziennych dla dzieci i młodzieży.
7. Niewystarczającą liczbę miejsc na oddziałach całodobowych psychiatrii dzieci i młodzieży, brak takiego oddziału w województwie podlaskim.
8. Bardzo małą liczbę miejsc na oddziałach psychiatrii dzieci i młodzieży dla dzieci poniżej 6 r.ż. i nastolatków między 18 a 19 r.ż., którym należałoby zapewnić kontynuację nauki.
9. Konieczność odsyłania pacjentów do innego szpitala z powodu braku miejsc. Zarówno w 2018 r., jak i pierwszym kwartale 2019 r. do takiej sytuacji doszło w ponad 1/3 szpitali.
10. Konieczność hospitalizacji dzieci na oddziałach dla dorosłych – ponad połowa pacjentów przyjętych w stanie pilnym, dla których zabrakło miejsca na oddziale psychiatrii dzieci i młodzieży i których nie odesłano do innego szpitala, trafiła na oddział psychiatrii dorosłych.
11. Złe warunki bytowe – sale z dużą liczbą łóżek, tzw. dostawki na korytarzach, mała liczba łazienek i toalet.

Raport Sieci Obywatelskiej Watchdog Polska na temat sytuacji w psychiatrii dziecięcej został opublikowany 15 maja 2019 r. Dane zebrane przez organizację wzbudziły duże zainteresowanie dziennikarzy i opinii publicznej, a stowarzyszenie wysłało kolejne wnioski o informację do Ministerstwa Zdrowia, pytając o postępy

w pracy Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Ministerstwo odpowiedziało lakonicznie, podkreślając, że zdaje sobie sprawę z niedoboru lekarzy specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży oraz niedofinansowania świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży. Nie udzielono szczegółowych informacji o pracach Zespołu, zastaniając się brakiem obowiązku sporządzania protokołów, ustaleniami wyłącznie w dokumentach roboczych oraz powszechnością danych, analiz i ekspertyz, powstałych na zlecenie lub w związku z pracą Zespołu. Zaprezentowano założenia nowego modelu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży opartego na trzech stopniach referencyjności. Model ten różni się od finalnie przyjętego Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. m.in. tym, że ostatecznie nie włączono nauczycieli i specjalistów ze szkół do sieci fachowców, którzy mieliby pomagać dzieciom w placówkach o pierwszym stopniu referencyjności.

W 2020 r. Sieć Obywatelska Watchdog Polska planuje kolejne działania monitorujące sytuację w polskiej psychiatrii dzieci i młodzieży.

E-maile autorek: martyna.bojko@siecobywatelska.pl,
roksana.maslankiewicz@siecobywatelska.pl.

BIBLIOGRAFIA

- Abramowicz, D. (2019). Psychiatrizy dziecięcy ze szpitala na gdańskim Srebrzysku złożyli wymówienie z pracy. Oznacza to zamknięcie oddziału dziecięco-młodzieżowego? *Dziennik Bałtycki*. Pobrane z <https://dziennikbaltycki.pl/psychiatrizy-dzieciocy-ze-szpitala-na-gdanskim-srebrzysku-zlozyli-wymowienie-z-pracy-oznacza-to-zamkniecie-oddzialu/ar/c14-14580211>.
- Chmielewska, M. (2019). Niepokoi nas dewaluacja zawodu psychoterapeuty. *Medexpress.pl*. Pobrane z: <https://www.medexpress.pl/niepokoi-nas-dewaluacja-zawodu-psychoterapeuty/74484>.
- Kwaśniewski, T. (2019). Jak dziecko chce się zabić, może liczyć na materac na korytarzu. Psychiatria dla dzieci to katastrofa. *Gazeta Wyborcza*. Pobrane z: <https://wyborcza.pl/duzyformat/7,127290,24618195,psychiatria-dla-dzieci-to-katastrofa-jak-dziecko-chce-sie.html#lscy-nie-wytrzymuja-psychicznie-zamyka-sie.html>.
- Kurier Poranny. (2020). *Uniwersytet Medyczny w Białymstoku rozstrzygnął przetarg na budowę Centrum Psychiatrii. Wybuduje je firma Budimex*. Pobrane z: <https://poranny.pl/uniwersytet-medyczny-w-bialymstoku-rozstrzygnal-przetarg-na-budowe-centrum-psychiatrii-wybuduje-je-firma-budimex/ar/c1-14882361>.

- Ministerstwo Zdrowia. (2018a). Liczba miejsc rezydenckich dla lekarzy i lekarzy dentystów, którzy rozpoczną specjalizację na podstawie postępowania przeprowadzonego 1-31 marca 2018 r. Pobrane z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/liczba-przyznanych-miejsc-rezydenckich-dla-lekarzy-i-lekarzy-dentystow-ktorzy-rozpoczna-specjalizacje-na-podstawie-postepowania-kwalifikacyjnego-przeprowadzonego-w-terminie-1-31-marca-2018-r>.
- Ministerstwo Zdrowia. (2018b). Liczba miejsc rezydenckich dla lekarzy i lekarzy dentystów, którzy rozpoczną specjalizację na podstawie postępowania przeprowadzonego 1-31 października 2018 r. Pobrane z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/liczba-miejsc-rezydenckich-dla-lekarzy-i-lekarzy-dentystow-ktorzy-rozpoczna-specjalizacje-na-podstawie-postepowania-przeprowadzonego-1-31-pazdziernika-2018-r>.
- Ministerstwo Zdrowia. (2019a). Liczba przyznanych miejsc rezydenckich dla lekarzy i lekarzy dentystów, którzy rozpoczną szkolenie specjalizacyjne na podstawie postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzanego w terminie 1-31 marca 2019 r. Pobrane z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/liczba-przyznanych-miejsc-rezydenckich-dla-lekarzy-i-lekarzy-dentystow-ktorzy-rozpoczna-szkolenie-specjalizacyjne-na-podstawie-postepowania-kwalifikacyjnego-przeprowadzanego-w-terminie-1-31-marca-2019-r>.
- Ministerstwo Zdrowia. (2019b). Liczba przyznanych miejsc rezydenckich dla lekarzy i lekarzy dentystów, którzy rozpoczną szkolenie specjalizacyjne na podstawie postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzanego w terminie 1-31 października 2019 r. Pobrane z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/liczba-przyznanych-miejsc-rezydenckich-dla-lekarzy-i-lekarzy-dentystow-ktorzy-rozpoczna-szkolenie-specjalizacyjne-na-podstawie-postepowania-kwalifikacyjnego-przeprowadzanego-w-terminie-1-31-pazdziernika-2019-r>.
- Najwyższa Izba Kontroli. (2017). *Fiasko Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego*. Pobrane z: <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/fiasko-narodowego-programu-ochrony-zdrowia-psychicznego.html>.
- Najwyższa Izba Kontroli. (2018). *Ochrona intymności i godności pacjentów w szpitalach*. Pobrane z: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,16805,vp,19361.pdf>.
- NFZ. (2020). *Zarządzenia Prezesa NFZ nr 17/2020/DEF*. Pobrane z: <https://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-172020def,7125.html>.
- Pieniążek-Osińska, B. (2020) Zmiana planu finansowego NFZ: 242 mln zł na nowy model psychiatrii dziecięcej. *Polityka zdrowotna*. Pobrane z: <https://www>.

politykazdrowotna.com/53753,zmiana-planu-finansowego-nfz-242-mln-zl-na-nowy-model-psychiatrii-dzieciecej.

Pochrzęst-Motyczyńska, A. (2019). We wrześniu ma ruszyć nowy model opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. *Prawo.pl*. Pobrane z: <https://www.prawo.pl/zdrowie/nowy-model-opieki-psychiatrycznej-dla-dzieci-i-mlodziezy-ma,391311.html>.

Rzecznik Praw Obywatelskich. (2018). Rzecznik dopomina się o ustawowe uregulowanie monitoringu wizyjnego w szpitalach. Pobrane z: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/rzecznik-dopomina-si%C4%99-o-ustawowe-uregulowanie-monitoringu-wizyjnego-w-szpitalach>.

Rzecznik Praw Pacjenta. (2018). *Wystąpienie Rzecznika Praw Pacjenta do Ministra Zdrowia w sprawie podjęcia działań dotyczących poprawy sytuacji w dziecięcej i młodzieżowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej, z dnia 16 lutego 2018 r.* Pobrane z: https://archiwum.rpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/_public/bip/wystapienia_rzecznika/scan_pisma_do_min._zdrowia.pdf.

Sieć Obywatelska Watchdog Polska. (2019). Raport Watchdoga – Jak źle jest w polskiej psychiatrii dzieci i młodzieży? Warszawa: Sieć Obywatelska Watchdog Polska. Pobrane z: <https://siecobywatelska.pl/raport-watchdoga-jak-zle-jest-w-polskiej-psychiatrii-dzieci-i-mlodziezy/>.

Śmigiel, M. (2019). Psychiatrizy dziecięcy nie wytrzymują psychicznie. Zamyka się ostatni oddział w Warszawie. *Gazeta Wyborcza*. Pobrane z: <https://warszawa.wyborcza.pl/warszawa/7,54420,24588197,psychiatrizy-dzieciecy-nie-wytrzymuja-psychicznie-zamyka-sie.html>.

Tabak, I. (2014). Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Wsparcie dzieci i młodzieży w pokonywaniu problemów. *Studia BAS*, 2(38), 113–138.

Torchała, K. (2020). Rusza reforma psychiatrii dziecięcej. *Medycyna Praktyczna*. Pobrane z: <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/aktualnosci/226959,rusza-reforma-psychiatrii-dzieciecej>.

Zdrowie.gov.pl. (2019). Program specjalizacji w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży. Pobrane z: http://zdrowie.gov.pl/aktualnosc-3657-program-specjalizacji_w_dziedzinie.html.

AKTY PRAWNE

Główny Urząd Statystyczny. (2011). *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r.* Kraków: Urząd Statystyczny w Krakowie.

- Janas-Kozik, M. (2017). Sytuacja psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce w 2016 roku. *Psychiatria*, 14(1), 61–63.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78 poz.483).
- Makara-Studzińska, M. (2013). Przyczyny prób samobójczych u młodzieży w wieku 14-18 lat. *Psychiatria*, 10(2), 76–83.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2018 r. w sprawie włączenia kwalifikacji rynkowej "Prowadzenie terapii środowiskowej dzieci i młodzieży" do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji (M.P. 2018 poz. 1279).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2018 poz. 2012).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 1640).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, które weszło w życie 26 lipca 2019 r. (Dz.U. 2019 poz. 1285).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. 2011 Nr 151 poz. 896).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2019 poz. 595).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz.U. 2019 poz. 226).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2013 poz. 1386).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz.U. 2011 Nr 24 poz. 128).
- Sajkowska, M. (red.). (2017). *Dzieci się liczą. Raport z zagrożeń bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*. Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
- Szredzińska, R. (2017). Zdrowie dzieci i młodzieży. W: M. Sajkowska (red.), *Dzieci się liczą. Raport z zagrożeń bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce* (s. 92–129). Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
- Ustawa z 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. 1985 Nr 12 poz. 49).

Ustawa z 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. 2001 Nr 112 poz. 1198).

Ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 Nr 111 poz. 535).

World Health Organization. (2017). *Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): Guidance to support country implementation*. Genewa: World Health Organization.

THE SITUATION IN POLISH PEDIATRIC PSYCHIATRY AT THE TURN OF 2018/2019 BASED ON THE DATA COLLECTED, GRANTED IN PUBLIC INFORMATION REQUESTS

At the beginning of 2019 numerous reports appeared in the media about the catastrophic situation of Polish child psychiatry. In order to provide the public with the up-to-date data on the state of the psychiatric care for children and the youth in Poland, Citizens Network Watchdog Poland has sent requests for public information to all hospitals with psychiatric departments for children and adolescents, as well as to all regional branches of the National Health Fund and to the Ministry of Health. Exercising the right to information, the Association obtained the data for 2018 and the first quarter of 2019 concerning psychiatry of children and adolescents in the fields of outpatient care, all day and night hospital treatment, and day care wards. The article presents the data obtained by the Watchdog Network, indicating the biggest problems facing the psychiatric care system for children and adolescents in Poland.

KEYWORDS:

CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY, CHILDREN, ADOLESCENTS, CHILD AND ADOLESCENT PARTIAL HOSPITALIZATION, CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY INPATIENT UNITS, ACCESS TO PUBLIC INFORMATION

Cytowanie:

Bójko, M., Maślankiewicz, R. (2020). Sytuacja w polskiej psychiatrii dziecięcej na przełomie lat 2018 i 2019 na podstawie danych zebranych w trybie dostępu do informacji publicznej. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 19(1), 116–154.



Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska.

MINISTERSTWO
SPRAWIEDLIWOŚCI
www.ms.gov.pl



FUNDUSZ
SPRAWIEDLIWOŚCI

Sfinansowano ze środków – Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości