

Wadliwy system wsparcia

Opieka psychologiczna i psychiatryczna nad dziećmi i młodzieżą

ANETA KARSKA, JOANNA PIASECKA-GIRGUŚ

NIK w ramach trzech kontroli¹ zbadała, czy wdrażane rozwiązania zapewniają dzieciom i młodzieży kompleksową opiekę psychiatryczną, psychologiczną i psychoterapeutyczną. Sprawdzono 49 podmiotów, w tym: Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji i Nauki, Narodowy Fundusz Zdrowia, jeden oddział wojewódzki NFZ, jeden urząd marszałkowski, 10 szkół, 10 poradni psychologiczno-pedagogicznych i 24 podmioty lecznicze (udzielające świadczeń w trybie ambulatoryjnym, stacjonarnym lub dziennym). Wyniki kontroli wykazały, że system w ramach którego dzieciom i młodzieży oferuje się pomoc psychologiczną i psychiatryczną jest niewydolny i nadal występują poważne bariery w dostępie do takiego wsparcia.

Wprowadzenie

Stan zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce pogarsza się, stając się coraz poważniejszym problemem – wzrasta liczba młodych osób, u których stwierdzono zaburzenia. Zgodnie z szacunkami badania EZOP II² występują one u prawie 14% młodych Polaków, czyli u niemal miliona osób.

Kierunek działań w opiece psychiatrycznej w Polsce (także nad dziećmi i młodzieżą)

został nakreślony w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022³. Realizacja określonych w nim zadań miała doprowadzić do zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Zakładano także, że działania

¹ Dwie kontrole planowe: *Pomoc psychologiczna i psychoterapeutyczna dla dzieci i młodzieży*, nr ewid. P/23/076, *Opieka psychiatryczna nad dziećmi i młodzieżą*, nr ewid. P/23/077 oraz kontrola doraźna – *Opieka psychiatryczna i psychologiczna nad dziećmi i młodzieżą w województwie wielkopolskim*, nr ewid. I/22/005.

² Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań, którego wyniki opublikowano w 2021 r. Głównym wykonawcą badania był Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

³ Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 z 8.2.2017 (Dz.U. z 2017 r. poz. 458) – wygaśnięcie z końcem 31.12.2022, dalej NPOZP.



te pomogą zmienić nastawienie do osób z zaburzeniami psychicznymi oraz ułatwią zrozumienie ich problemów, jak też będą przeciwdziałać dyskryminacji takich osób. Założeniem NPOZP było upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Wykonanie określonych zadań powierzono różnym organom oraz instytucjom, a dotyczyły one obszaru opieki medycznej oraz opieki społecznej i edukacji. Ich koordynatorem był Minister Zdrowia. Można stwierdzić, że podstawą zmiany miała być koordynacja działań różnych instytucji związanych z wychowaniem i zdrowiem dziecka.

Minister Zdrowia rozpoczął wdrażanie reformy opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w 2019 r. W kolejnych latach rozpoczęły działalność nowe podmioty, w których młodzi mogą otrzymać pomoc psychologiczną i psychoterapeutyczną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Jednak nawet najlepiej zorganizowana i szeroko dostępna opieka zdrowotna nie powstrzyma narastających problemów psychicznych, dlatego niezbędne jest ograniczenie ich przyczyn. W kontekście kryzysu psychicznego młodych ludzi coraz częściej wskazuje się na potrzebę zmian w polskim systemie edukacji.

Nieskuteczne działania MEiN

Minister Edukacji i Nauki⁴ od lat usiłował poprawić system wsparcia uczniów i rodziców, jednak nie uzyskał spodziewanych efektów. Zwieńczeniem tych wysiłków był projekt ustawy o wsparciu dzieci, uczniów i rodzin, w którym planowano m.in. utworzenie

Centrów Dziecka i Rodziny. Była to nowa instytucja o charakterze międzysektorowym, która miała realizować dotychczasowe zadania poradni psychologiczno-pedagogicznych i częściowo powiatowych centrów pomocy rodzinie. Ostatecznie z tego zrezygnowano, także ze względu na niewłaściwe przygotowanie rozwiązań. Prace nad projektem ustawy zostały wstrzymane przez Ministra w lipcu 2022 r.

W tym samym roku Minister usunął z będącego w podstawie programowej przedmiotu „Edukacja dla bezpieczeństwa” – skierowanego do całej szkolnej populacji – kompleksowo tam ujęte zagadnienia dotyczące zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Uzasadniono to potrzebą uzupełnienia tego przedmiotu o kwestie związane z obronnością państwa i nabyciem umiejętności strzeleckich. Pomimo świadomości wagi problemów psychicznych dzieci i młodzieży, Minister zdecydował o rozproszeniu zagadnień profilaktycznych i prozdrowotnych w ramach przedmiotów: wychowania fizycznego, biologii i wychowania do życia w rodzinie.

Na obniżenie skuteczności działań Ministra Edukacji i Nauki wpływało także niewdrażanie rezultatów realizowanych projektów. Nie przekazał do wykorzystania przez placówki oświatowe standardów opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej, opracowanych w ramach realizacji Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025, których celem było podniesienie jakości pracy z dzieckiem, uczniem i rodziną.

Zabrakło także instytucjonalnych ram i zasad współdziałania jednostek psychiatrycznej

⁴ Obecnie Minister Edukacji.

opieki zdrowotnej z jednostkami systemu oświaty w celu wsparcia psychologicznego i psychoterapeutycznego dzieci, uczniów i rodziców. Minister Edukacji i Nauki nie zrealizował zatem zadania określonego w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022, o czym wiedział Minister Zdrowia.

Niewłaściwie przygotowana reforma

Przed wprowadzeniem nowego modelu opieki psychiatrycznej Minister Zdrowia nie opracował całościowej koncepcji reformy określającej niezbędne zasoby, oczekiwane efekty oraz harmonogram działań. Dodatkowo w czasie prac nad modelem nie były jeszcze znane wyniki badań epidemiologicznych EZOP II, niezbędne do oszacowania potrzeb zdrowotnych⁵. Określono je więc na podstawie liczby i rodzaju dotychczas udzielonych świadczeń (tj. w ramach systemu uznanego za niewydolny i wymagający zmian) oraz założenia, że zaburzenia psychiczne występują u 9% dzieci i młodzieży. Tymczasem według wyników badań EZOP II z 2021 r. zaburzenia psychiczne lub zagrożenie ich wystąpienia oszacowano u niemal 14% wszystkich dzieci, czyli prawie 1 mln osób do 18 roku życia⁶. W 2022 r. udzielono świadczeń niespełna

250 tys. niepełnoletnim (3,5% populacji dzieci i młodzieży)⁷, zatem skala niezaspokojonych potrzeb pozostała bardzo duża.

Minister Zdrowia rozpoczął wdrażanie zmian do systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży w 2019 r. Do tego czasu opieka psychiatryczna sprowadzała się głównie do leczenia szpitalnego. Konieczne było zminimalizowanie liczby przypadków korzystania z pomocy psychiatrycznej w szpitalnej izbie przyjęć, jako pierwszorazowego kontaktu ze specjalistami od zdrowia psychicznego. Miało temu służyć m.in. zwiększenie dostępności ambulatoryjnej pomocy psychiatrycznej.

Nowy model psychiatrycznej opieki zdrowotnej wprowadzony rozporządzeniem Ministra Zdrowia o świadczeniach gwarantowanych w opiece psychiatrycznej⁸ zakładał funkcjonowanie trzech poziomów referencyjnych. W podmiotach pierwszego poziomu referencyjnego wsparcie miało być zapewniane przez psychologów, psychoterapeutów oraz terapeutów środowiskowych w ośrodkach/zespołach środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży. Te ośrodki z założenia nie zatrudniają lekarzy, więc pomoc jest skierowana do pacjentów, którzy nie potrzebują diagnozy psychiatrycznej ani farmakoterapii. Drugi

⁵ Por. R. Topór-Mądry, A. Gilis-Januszewska, J. Kurkiewicz, A. Pająk: *Szacowanie potrzeb zdrowotnych*, s. 16-20, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „VESALIUS”, Kraków 2002.

⁶ Według liczebności populacji na 2022 r.

⁷ Według danych z kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia.

⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 19.6.2019 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. poz. 1285, ze zm.).



poziom referencyjny to centra zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, które są utworzone z poradni zdrowia psychicznego i ewentualnie oddziału dziennego. Kieruje się do nich pacjentów potrzebujących diagnozy lekarskiej i ewentualnie farmakoterapii. Zapewnia się tam również leczenie w dziennych oddziałach. Najwyższy, trzeci poziom referencyjności, to ośrodki całodobowej, wyspospecjalistycznej opieki psychiatrycznej, czyli oddziały stacjonarne w szpitalach. Niestety wraz z wdrożeniem nowego modelu opieki nie zadbano o odpowiednie poinformowanie społeczeństwa o powstaniu nowego rodzaju ośrodków oraz w jaki sposób dokonać właściwego wyboru ośrodka, kierując się stanem psychicznym dziecka (I lub II poziomu referencyjnego). Dodatkowo Standardy organizacyjne i merytoryczne I, II i III poziomu referencyjnego⁹, sporządzone na zlecenie Ministerstwa w ramach projektu „Wsparcie procesu wdrażania reformy”, opracowano dopiero po trzech latach od wprowadzenia w życie nowych rozwiązań. Co więcej, uczyniono to nierzetelnie i niegospodarnie. Wykonawca nie zapewnił opiniowania wypracowanych standardów przez towarzystwa naukowe, przede wszystkim Polskie Towarzystwo Psychiatryczne oraz Polskie Towarzystwo Psychologiczne, a także przez Pełnomocnika wskazanego przez Ministra, do czego był zobowiązany umową. Pomimo tego zamówienie zostało odebrane (wartość dla tej części umowy wynosiła 535 tys. zł). Treść Standardów

zamieszczono na stronie internetowej Ministerstwa¹⁰ i przekazano do podmiotów leczniczych, choć w dniu zakończenia kontroli NIK Minister nie podjął decyzji o sposobie wdrożenia dokumentu.

Dodatkowo Standardy zostały opracowane z opóźnieniem, a w Ministerstwie nie naliczono kary umownej za zwłokę w wysokości ponad 53 tys. zł.

Warto podkreślić, że według badań zaburzenia psychiczne nadal stygmatyzują osoby nimi dotknięte. Tymczasem działania mające szerzyć wiedzę i zwiększać świadomość zagadnień dotyczących zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży przeprowadzono blisko trzy lata od rozpoczęcia reformy. Służyła temu m.in. kampania „Powiedz co czujesz. Zdemaskuj emocje. Część 2”, na którą Ministerstwo wydatkowało ponad 1 mln zł. Niestety nie zbadano, czy, a jeśli tak, to jaki wpływ wywarła ona na zmianę postaw i stanu wiedzy społeczeństwa o zaburzeniach psychicznych.

Dodatkowo Minister nie przeprowadził ewaluacji lub innych udokumentowanych ocen efektów wprowadzonej reformy, a mimo to zmieniał np. pierwotne wymagania dla podmiotów poszczególnych poziomów referencyjnych, określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych. Konieczność wprowadzenia zmiany była spowodowana nierzetelnym przygotowaniem reformy, a zwłaszcza brakiem analizy istniejących zasobów systemu i ich optymalnego wykorzystania.

⁹ Dalej Standardy.

¹⁰ <<https://www.gov.pl/web/zdrowie/standardy-organizacyjne-i-merytoryczne-dla-podmiotow-nowego-modelu-systemu-ochrony-zdrowia-psychicznego-dla-dzieci-i-mlodziezy>>, (dostęp 6.9.2023).

Niedobór specjalistów

We wszystkich typach skontrolowanych podmiotów występowały problemy z zatrudnieniem wystarczającej kadry specjalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego. Dotyczyło to m.in. psychologów w ośmiu z 10 skontrolowanych szkół, do których uczęszczało od 500 do 1000 uczniów. W dwóch nie było psychologa przez cały kontrolowany okres, czyli trzy lata. W kolejnych sześciu podmiotach nie było takiego specjalisty przez rok albo dwa lata szkolne, lub był zatrudniony tylko na część etatu. W takich wypadkach psycholog wykonywał swoje obowiązki od trzech godzin tygodniowo do maksymalnie siedmiu. Niedobór kadry w placówkach oświatowych był tak duży, że pomimo przekazania przez Ministra Edukacji i Nauki w 2022 r. dodatkowych środków w wysokości ponad pół miliona zł na zatrudnienie specjalistów szkolnych (czyli psychologa, pedagoga, pedagoga specjalnego, logopedy, terapeuty pedagogicznego), to standardów zatrudnienia (czyli łącznego wymiaru zatrudnienia ww. specjalistów) w 2023 r. w skali kraju nie spełniało 54% z nich. Co istotne, ich minimalny poziom i tak został przez Ministra Edukacji i Nauki obniżony w stosunku do wartości proponowanych przez ekspertów jako optymalne. Natomiast wdrożony od września 2022 r. obowiązek zatrudnienia pedagoga specjalnego w dużej części kontrolowanych szkół zrealizowano przez obniżenie wymiaru godzin dotychczas zatrudnionym pedagogom i powierzenie im nowych zadań pedagoga

specjalnego. Ta sama lub nieznacznie wyższa liczba specjalistów w kontrolowanych szkołach i poradniach psychologiczno-pedagogicznych zmuszona była poradzić sobie z rosnącym zapotrzebowaniem na wsparcie psychologiczne i psychoterapeutyczne, co nie wpłynęło na poprawę dostępu do bezwzględnej i efektywnej pomocy, a rodziców nadal zmuszało do szukania wsparcia na rynku zewnętrznym.

Według Ministra Zdrowia wzrost liczby podmiotów II poziomu referencyjnego był uzależniony od zwiększenia liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży w publicznej służbie zdrowia. Lekarzy tych specjalności brakowało na rynku pracy. Pomimo wzrostu liczby miejsc rezydenckich i lekarzy zakwalifikowanych na specjalizacje w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży w latach 2020–2022, w poszczególnych naborach nawet 85% miejsc rezydenckich nie było obsadzonych¹¹. Warto podkreślić, że psychiatria dziecięca została zakwalifikowana do dziedzin priorytetowych już w 2012 r., jednak działania podejmowane od tego czasu nadal nie zapewniły wykształcenia wystarczającej liczby lekarzy psychiatrów. W Ministerstwie Zdrowia nawet nie oszacowano liczby specjalistów niezbędnych do sprawnego funkcjonowania systemu opieki psychiatrycznej. Warto wskazać, że w sierpniu 2017 r. w Ministerstwie rozpoczęto prace nad modelem popytowym¹² dla lekarzy wszystkich specjalności (w tym psychiatrów dzieci i młodzieży). Pomimo upływu ponad sześciu lat nie zostały one

¹¹ Średnio rocznie 34%: w 2020 r. w naborze wiosennym 62%, w naborze jesiennym 17%, w 2021 r. w naborze wiosennym 57%, w naborze jesiennym 25%, w 2022 r. w naborze wiosennym 85%, w naborze jesiennym 5%.

¹² To narzędzie pomagające określić zapotrzebowania na kadrę lekarską w przyszłości, <<https://basiw.mz.gov.pl/>>.



zakończone¹³. Do zakończenia kontroli nie został osiągnięty zalecany wskaźnik liczby tych lekarzy na 100 tys. pacjentów¹⁴ (tj. 10), jego wartość w 2022 r. wynosiła 7,8¹⁵. W odniesieniu do kadr niemedycznych, tj. psychologów i psychoterapeutów, w Ministerstwie nie było danych dotyczących ani ich obecnej liczebności, ani pożądanej, niezbędnej dla funkcjonowania systemu.

Niedobór kadry medycznej i niemedycznej występował w czterech (z 13) skontrolowanych przez NIK podmiotach leczniczych udzielających świadczeń ambulatoryjnych (II poziom referencyjny). W 60% objętych kontrolą szpitali (3 z 5), które przeszły na nowy model opieki psychiatrycznej, odnotowano braki w zatrudnieniu zaraz po przekształceniu w nowy model. W wypadku 30% podmiotów skontrolowanych przez NIK (5 z 15) niedobór specjalistów skutkowało ograniczeniem dostępu do świadczeń w stosunku do zapisów umowy zawartej z NFZ: nie funkcjonowała poradnia zdrowia psychicznego, nie przyjmowano pacjentów poniżej 13. roku życia, nie działała izba przyjęć dla dzieci i młodzieży, w związku z czym pacjenci musieli jechać do innego szpitala.

Podejście do potrzeb i problemów uczniów

Jednym z podstawowych zadań nauczycieli w ramach pomocy psychologiczno-

-pedagogicznej jest rozpoznanie trudności oraz indywidualne podejście do potrzeb rozwojowych i edukacyjnych uczniów. Tymczasem w kontrolowanych szkołach było to bardzo trudne, gdyż klasy liczyły średnio ponad 30 uczniów, a jednocześnie na nauczycielach ciążył obowiązek zrealizowania obszernej podstawy programowej. W konsekwencji, kłopoty dzieci i młodzieży nie były dostrzegane odpowiednio wcześniej, a narastające problemy z całą mocą uwidaczniały się w szkołach ponadpodstawowych. Skala i ciężar spraw zgłaszanych przez uczniów jednego z liceów, w tym myśli i zachowania samobójcze, samookaleczenia, stanowiły tak duże obciążenie emocjonalne dla psychologów szkolnych, że ostatecznie przyczyniły się do ich odejścia z pracy. Szkoła i system edukacji mają ogromny, często negatywny wpływ na dobrostan psychiczny dzieci i młodzieży. W okresie roku szkolnego znacznie więcej młodych pacjentów przyjmowanych jest na leczenie psychiatryczne zarówno w trybie ambulatoryjnym, jak i zamkniętym – podkreślali eksperci, m.in. konsultant krajowy i konsultanci wojewódzcy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. Jak wskazuje w swojej publikacji W. Eichelberger¹⁶, system szkolnictwa w Polsce jest często postrzegany jako „opresyjny i anachroniczny”, a szkoła z perspektywy nastolatka jest niczym więcej, jak „pożalowania godną stratą czasu i energii”.

¹³ Kontrolę NIK zakończono w sierpniu 2023 r.

¹⁴ Wskaźnikiem, który obrazuje poziom ochrony zdrowia psychicznego od strony kadr jest wskaźnik liczby psychiatrów na 100 tys. mieszkańców. Według rekomendacji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na 100 tys. dzieci i młodzieży powinno przypadać 10 psychiatrów dzieci i młodzieży.

¹⁵ Dodatkowo rozmieszczenie lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży na terenie kraju było nierównomierne. Na koniec 2021 r. najwięcej psychiatrów dzieci i młodzieży przypadających na 100 tys. osób z tej grupy było w województwach łódzkim i mazowieckim (odpowiednio 13,8 i 13), a najmniej – w opolskim i podkarpackim (odpowiednio 3,8 i 3,3).

¹⁶ <<https://wojciecheichelberger.pl/10-przyczyn-depresji-dzieci-i-mlodziezy-wedlug-w-eichelbergera/>>

Wymiar i formy wsparcia oferowanego w kontrolowanych szkołach były ograniczone przez możliwości organizacyjno-kadrowe i finansowe tych placówek. Większość z nich (90%) nie realizowało w pełni zaleceń zawartych w dostarczonych do szkół orzeczeniach i opiniach poradni psychologiczno-pedagogicznych. Najczęściej nie organizowano zajęć korekcyjno-kompensacyjnych, wsparcia kompetencji emocjonalno-społecznych. W szkołach ponadpodstawowych często nie organizowano zajęć wspierających uczniów z problemami w nauce, czyli tzw. dydaktyczno-wyrównawczych. Stawiano na korepetycje. Z drugiej strony uczniowie często rezygnowali z proponowanych form pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Wynikało to z niemożności zaplanowania zajęć bez tzw. „okienek”, negatywnego odbioru przez rówieśników oraz nieadekwatności proponowanych zajęć do potrzeb ucznia.

Wsparcie terapeutyczne

W okresie objętym kontrolą o 60% wzrosło zapotrzebowanie na pomoc świadczoną w poradniach psychologiczno-pedagogicznych. Wzrost liczby wydanych orzeczeń i opinii dotyczył każdego poziomu edukacyjnego. Skupiano się na ich wydawaniu kosztem wsparcia terapeutycznego, na które nie starczało czasu i zasobów kadrowych. W 70% kontrolowanych poradni poziomu zatrudnienia był niewystarczający w stosunku do liczby zgłaszających się po wsparcie. Na otrzymanie odpowiedniego orzeczenia lub opinii uczniowie czekali nawet rok, przy czym wpływ na te terminy miały także zdarzenia niezależne od poradni.

Skala problemów psychicznych dzieci i młodzieży była tak duża, że powstanie

480 zespołów i ośrodków środowiskowej opieki w ramach I poziomu referencyjnego nie zaspokoiło potrzeb w tym zakresie. Jednocześnie jego rozwój był niewspółmierny do możliwości udzielania pomocy na pozostałych poziomach, tj. w poradniach zdrowia psychicznego, oddziałach dziennych (II poziom) i w oddziałach stacjonarnych (III poziom). Opieką w ramach I poziomu objęto, w zależności od województwa, od 1,1 do 3,5% populacji dzieci i młodzieży. Po czterech latach wdrażania reformy opieki psychiatrycznej dostęp do niej nadal był niewystarczający i nierówny w poszczególnych rejonach kraju. W marcu 2023 r. w trzech województwach w ogóle nie istniały psychiatryczne oddziały dzienne dla dzieci i młodzieży. Dodatkowo aż 42% poradni zdrowia psychicznego II poziomu referencyjnego znajdowało się w miastach wojewódzkich, w których mieszka zaledwie 14% wszystkich dzieci i młodzieży. Nie wiadomo kiedy powstanie wystarczająca liczba poradni, więc w Ministerstwie dopuszczono rozwiązanie, w którym dzieci mogą być konsultowane w izbach przyjęć szpitali. Tymczasem są to miejsca, w których udziela się pomocy pacjentowi znajdującemu się w stanie nagłego zagrożenia zdrowia.

Miało to wpływ na czas oczekiwania na uzyskanie pomocy w ramach opieki zdrowotnej. W części kontrolowanych ośrodków dzieci zgłaszające się po wsparcie psychoterapeutyczne umawiane były w pierwszej kolejności na wizytę z terapeutą środowiskowym, a dopiero znacznie później otrzymywały niezbędną i zalecaną im pomoc specjalisty. Czas oczekiwania na udzielenie pomocy w jednym z ośrodków wynosił nawet siedem miesięcy.



Pomiędzy 2020 r. a I kwartałem 2023 r. liczba oczekujących na wizytę w poradni zdrowia psychicznego wzrosła ponad dwukrotnie, do oddziałów dziennych o jedną czwartą, a do oddziałów stacjonarnych trzykrotnie. W poradni zdrowia psychicznego średni czas oczekiwania dla przypadków stabilnych w latach 2020–2022 i w marcu 2023 r. wyniósł od 43 do 56 dni, a maksymalny czas oczekiwania oscylował między 568 a 731 dni. Zdarzało się, że w przypadkach pilnych na przyjęcie do poradni trzeba było czekać niemal rok. Niestety takie uwarunkowania przyczyniały się do tego, że nadal ponad 70% dzieci i młodzieży przyjmowanych było do szpitali w trybie nagłym.

Niedostatki lokalowe i sprzętowe

W poradniach psychologiczno-pedagogicznych brakowało komputerów i innych narzędzi informatycznych. Rejestry zgłoszonych dzieci, planowanych wizyt, dokumentację udzielonej pomocy w większości nadal prowadzono odręcznie (w formie papierowej, w zeszycie). W niektórych z nich posługiwano się maszynami do pisania.

Aż 60% (6 na 10) kontrolowanych poradni psychologiczno-pedagogicznych nie zapewniało pełnej dostępności osobom z niepełnosprawnością ruchową. W skrajnym przypadku pomocy udzielano dzieciom w samochodzie zaparkowanym przy poradni psychologiczno-pedagogicznej albo rodzice lub personel poradni musieli wnieść dziecko na wózek inwalidzkim po schodach. Część kontrolowanych poradni nie posiadała wystarczającej liczby gabinetów diagnostycznych, co uniemożliwiało prowadzenie terapii grupowych. Drzwi gabinetów nie były odpowiednio

wygluszone, a prowadzone rozmowy można było usłyszeć w poczekalni. Brak intymności i anonimowości wynikał także z lokalizacji pomieszczeń poradni w budynku szkoły.

W jednej poradni psychologiczno-pedagogicznej sposób przechowywania dokumentacji zawierających dane szczególnie chronione stwarzał realne niebezpieczeństwo ich nieuprawnionego ujawnienia. Swobodny dostęp do tych pomieszczeń miały osoby trzecie.

W jednym z ośrodków terapii dzieci i młodzieży będących w kryzysie psychicznym prowadzono w gabinetach bez dostępu do oświetlenia dziennego.

Przepełnione oddziały

Obłożenie łóżek w oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w latach 2019–2022 wynosiło 110%. Niedostatek miejsc był niejednokrotnie przyczyną odmowy przyjęcia, część osób odsyłało do innych placówek. Jednak w sytuacji zagrożenia życia szpital miał obowiązek przyjęcia pacjenta na oddział pomimo braku wolnych łóżek. W takich wypadkach liczba pacjentów przebywających na oddziale stacjonarnym przewyższała liczbę łóżek zakontraktowanych z NFZ. W dwóch szpitalach łóżka były dostawiane na korytarzach. Sytuacja taka nie tylko narusza przepisy dotyczące wymagań dla pomieszczeń podmiotów leczniczych, ale także prawo pacjenta do intymności. Poza tym na oddziałach psychiatrycznych nie było miejsca na terapie i rozmowy z pacjentami. Skrajne przepełnienie oddziałów w jednym ze skontrolowanych szpitali było powodem złożenia wypowiedzeń przez pięciu lekarzy z tej placówki.

Stosowanie przymusu bezpośredniego

We wszystkich skontrolowanych szpitalach stosowano przymus bezpośredni wobec pacjentów (dzieci i młodzieży) z naruszeniem przepisów. Tymczasem może on być stosowany tylko na podstawie i w granicach prawa. Przestrzeganie tych zasad jest szczególnie istotne w kontekście dolegliwości tego środka, jak i okresów, na które przymus jest stosowany – np. w jednym szpitalu pacjent był unieruchomiony bez przerwy przez ponad 2 miesiące (63 dni), a przymus przedłużano aż 235 razy.

Nieprawidłowości ujawnione podczas kontroli dotyczyły zarówno stosowania przymusu, jak i jego dokumentowania. Polegały one na: nieprzeprowadzaniu badania lekarskiego przed przedłużeniem przymusu bezpośredniego na kolejne okresy, co było niezgodne z art. 18a ust. 8 ustawy o zdrowiu psychicznym¹⁷ (w 43% podmiotów leczniczych – 3 z 7), zlecaniu przedłużania przymusu bezpośredniego przez lekarzy, którzy nie byli do tego uprawnieni (w 29% skontrolowanych podmiotów – 2 z 7), niestosowaniu parawanów w celu zapewnienia intymności pacjentowi poddanemu czterokrotnemu przymusowi bezpośredniemu na korytarzu oddziału (jeden przypadek), prowadzeniu i wypełnianiu kart zastosowania przymusu bezpośredniego niezgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami (w 71% skontrolowanych szpitali – 5 z 7). Stwierdzono również

nieprawidłowości dotyczące dokonywania i przechowywania zapisu monitoringu w salach przeznaczonych do izolacji, który miał służyć wzmocnieniu bezpieczeństwa pacjentów (dwa szpitale).

Monitoring i przeszukania pacjentów

W podmiotach leczniczych zidentyfikowano również problemy wynikające z braku odpowiednich uregulowań prawnych dotyczących monitoringu w oddziałach psychiatrycznych i przeszukań pacjentów tych oddziałów. NIK zawniosowała więc o zmiany w przepisach prawa, a Minister Zdrowia podjął już prace w tym zakresie.

Jednym z problemów wynikających z braku wystarczających regulacji dotyczył stosowania unieruchomienia w tzw. izolkach. Zgodnie z obowiązującymi przepisami te pomieszczenia wyposaża się w monitoring umożliwiający stały nadzór nad pacjentem oraz, co istotne, kontrolę wykonania czynności związanych z tym środkiem przymusu bezpośredniego (art. 18e ust. 2 i ustawy o zdrowiu psychicznym¹⁸). W jednym szpitalu, w wypadku wykorzystywania sali do izolacji do zastosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia, zapis monitoringu włączano tylko w celu zarejestrowania samego momentu unieruchamiania pacjenta. Personel uzasadniał, że obowiązek monitorowania dotyczy wyłącznie przymusu bezpośredniego w formie izolacji. Brak regulacji dotyczącej

¹⁷ Przepisy uzależniają możliwość przedłużenia unieruchomienia od wcześniejszego osobistego badania danego pacjenta przez lekarza.

¹⁸ Ustawa z 19.8.1994 o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2022 r. poz. 2123, ze zm.).



obowiązku monitorowania w wypadku stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia powodował, że w opisanej sprawie wykluczano możliwość kontroli wykonania czynności w warunkach zbliżonych do izolacji (a nawet bardziej dotkliwych, bo połączonych z unieruchomieniem). W ustawie o zdrowiu psychicznym nie sprecyzowano obowiązku stosowania monitoringu w odniesieniu do przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia, chociaż wpływa to na bezpieczeństwo i prawa pacjentów.

Również kwestie przeszukania pacjentów oddziałów psychiatrycznych nie zostały dotychczas uregulowane w ustawie o zdrowiu psychicznym. Tym samym dyrektorzy szpitali nie są prawnie umocowani do tworzenia regulacji wewnętrznych w tym zakresie, a inni pracownicy szpitala nie mogą podejmować takich czynności. Jednak w skontrolowanych podmiotach przeszukiwano rzeczy osobiste pacjentów, zaś w jednym – nawet ich samych. Najpierw sprawdzano ich wykrywaczem metalu, a następnie w łazience, po tym jak się rozebrali, ponownej kontroli dokonywało dwóch pracowników tej samej płci co dziecko/nastolatek. Zdejmowano im także kolczyki z uszu, nosa, języka oraz innych części ciała. Nie negując konieczności zapewnienia bezpieczeństwa w placówkach, trzeba mieć na względzie, że podejmowane w tym celu działania nie mogą naruszać godności pacjentów ani ich poniżać, a procedury muszą mieć podstawy prawne. Nieprzestrzeganie tych zasad stanowi naruszenie konstytucyjnych praw i wolności człowieka, a także Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności z 1950 r.

Długi pobyt na oddziałach

Pobyt dzieci w szpitalach przedłużał się m.in. w związku z trwającymi procedurami wyjaśniania przez sądy ich sytuacji prawnej i objęcia dalszą opieką przez instytucje opieki społecznej. Miało to negatywny wpływ na stan psychiczny niepełnoletnich. Wyjaśnianie sytuacji prawnej pacjentów z sądami i instytucjami opieki społecznej było obciążające głównie dla personelu medycznego oddziałów szpitalnych, choć dotyczyło dzieci, które nie wymagały już hospitalizacji.

Ocena ogólna

W latach 2020–2023 dzieci i młodzież nie otrzymały dopasowanej do potrzeb, kompleksowej pomocy psychologicznej, psychoterapeutycznej i opieki psychiatrycznej. W szkołach i poradniach psychologiczno-pedagogicznych system wsparcia od lat funkcjonuje w niezmiennym kształcie i nie zapewnia warunków do wczesnego rozpoznania problemów i udzielenia wszechstronnej pomocy. Działania Ministra Edukacji i Nauki były w tym zakresie nieskuteczne. Wdrażane przez Ministra Zdrowia od ponad czterech lat nowe rozwiązania w systemie opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w dalszym ciągu nie zapewniły właściwej opieki. Niewystarczająca była współpraca obu Ministrów, a ich działania nie przyczyniły się do wypracowania modelu efektywnej, skoordynowanej pomocy udzielanej przez różne instytucje, gwarantującej wsparcie dzieci i młodzieży już w chwili pojawienia się pierwszych trudności. Brak współpracy utrudniał sprawowanie opieki środowiskowej, której wdrożenie było celem NPOZP na lata 2017–2022.

Wnioski

W wyniku obu kontroli NIK skierowała wnioski systemowe do Ministra Edukacji i Nauki oraz Ministra Zdrowia o:

- intensyfikację współdziałania z innymi organami i podmiotami w celu określenia zasad współpracy jednostek opieki zdrowotnej, systemu pomocy społecznej, jednostek systemu oświaty przy koordynacji opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi;
- przygotowanie i wdrożenie kompleksowych i efektywnych rozwiązań systemowych w ramach polityki oświatowej państwa, wpływających na zapewnienie odpowiedniej do potrzeb pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz wsparcia psychoterapeutycznego dla dzieci, uczniów i nauczycieli;
- niezwłoczne podjęcie działań w celu wypracowania założeń podstawy programowej kładącej nacisk na wsparcie rozwoju emocjonalnego dzieci i młodzieży oraz ich kompetencje społeczne, przy zrównoważeniu regulacji w zakresie dydaktyki i zadań wspierających prawidłowy rozwój uczniów;
- monitorowanie efektywności wykorzystania środków publicznych na realizowane zadania i wykorzystanie w praktyce rezultatów tych zadań;
- określenie mierników oczekiwanych efektów wdrażanej reformy opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży oraz przeprowadzenie jej ewaluacji;
- kontynuowanie działań na rzecz promocji higieny życia psychicznego z wykorzystaniem rzetelnej oceny efektywności kampanii społecznych pod kątem ich realnego wpływu na postawy społeczne.

NIK sformułowała wnioski do Ministra Zdrowia o podjęcie prac legislacyjnych mających na celu uregulowanie niektórych aspektów opieki psychiatrycznej:

- w ustawie o zdrowiu psychicznym:
 - zakresu uprawnień pracowników szpitali prowadzących przeszukania pacjentów w szpitalach psychiatrycznych i sposobu ich realizacji w celu zagwarantowania przestrzegania praw pacjentów do intymności i nietykalności osobistej oraz bezpieczeństwa na oddziałach;
 - prowadzenia monitoringu w szpitalach psychiatrycznych w wypadku stosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia w pomieszczeniach jednoosobowych, w tym w salach przeznaczonych do izolacji;
- w ustawie z 8 czerwca 2001 r. o zawodach psychologa i samorządzie zawodowym psychologów¹⁹:
 - sposobu dokumentowania procesu terapeutycznego, prowadzonego przez psychoterapeutów, także na rynku komercyjnym oraz zakresu odpowiedzialności psychologów i psychoterapeutów, m.in. w celu zabezpieczenia prawa pacjentów do dokumentacji dotyczącej diagnozy i procesu terapeutycznego oraz jego efektów.

ANETA KARSKA
doradca ekonomiczny,
JOANNA PIASECKA-GIRGUŚ
główny specjalista k.p.,
Delegatura NIK w Poznaniu

¹⁹ Dz.U. z 2019 r. poz. 1026.



Słowa kluczowe: opieka psychiatryczna dzieci i młodzieży, pomoc psychologiczna; poradnictwo zdrowia psychicznego; wsparcie uczniów i rodziców, przymus bezpośredni

Bibliografia:

1. Eichelberger W.: „10 przyczyn depresji dzieci i młodzieży według W. Eichelbergera”, blog autora.
2. NIK, *Pomoc psychologiczna i psychoterapeutyczna dla dzieci i młodzieży*, nr ewid. P/23/076.
3. NIK, *Opieka psychiatryczna nad dziećmi i młodzieżą* nr ewid. P/23/077.
4. NIK, *Opieka psychiatryczna i psychologiczna nad dziećmi i młodzieżą w województwie wielkopolskim*, kontrola doraźna nr ewid. I/22/005.
5. Topór-Mądry R., Gilis-Januszewska A., Kurkiewicz J., Pająk A.: *Szacowanie potrzeb zdrowotnych*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „VESALIUS”, Kraków 2002.

ABSTRACT

Psychological and Psychiatric Care for Children and Youngsters – an Imperfect Support System

The mental condition of children and youngsters in Poland has been deteriorating, and it has become a serious problem – the number of young persons with disorders have increased considerably in recent years. In accordance with the estimates of the EZOP II research, almost 14 percent of young Poles, that is about a million of persons, exhibit mental disorders. The directions of psychiatric care measures in Poland (also for children and youngsters) have been set in the National Programme for Mental Health Protection for the Years 2017–2022. The objective was to ensure that persons with mental diseases have a comprehensive, multisided and easily accessible health care and other forms of support necessary to live in the society. The assumption of the Programme was to establish and promote a model for mental health care. Implementation of the measures of the Programme was delegated to various bodies and institutions, and it comprised not only medical care, but education and social care as well, with the Minister of Health's coordinator. The Supreme Audit Office examined whether the measures implemented actually provide children and youngsters with a comprehensive psychiatric, psychological and therapeutic care. The results of the audit show that the system is inefficient and that there are serious barriers to obtain such support.

Aneta Karska, Joanna Piasecka-Girguś, Regional Branch of NIK in Poznań

Key words: psychiatric care for children and youngsters, psychological support, mental health support centres, support for pupils and parents, coercive measures