

Dostępność i rozwiązania organizacyjno-kadrowe

Lecznictwo psychiatryczne dzieci i młodzieży

MARIA M. GOSTYŃSKA

Liczba dzieci i młodzieży poniżej 18. roku życia wykazującej zaburzenia psychiczne, które wymagają profesjonalnej pomocy, wynosi w Polsce około 630 tys. (9%). Bardzo wysoki jest też odsetek prób samobójczych nastolatków; stanowią one drugą przyczynę zgonów w tej grupie wiekowej. Mimo skali problemu i doniesień medialnych na temat nieprawidłowości w funkcjonowaniu psychiatrycznej opieki zdrowotnej małoletnich, te sprawy nie były przedmiotem wystarczającego zainteresowania konsultantów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży (krajowego i wojewódzkich). Najwyższa Izba Kontroli podjęła więc kontrolę mającą na celu ocenę dostępności leczenia psychiatrycznego dla tej grupy pacjentów¹.

Wprowadzenie¹

Podstawową zasadą terapii dzieci i młodzieży, w przypadkach pogorszenia się ich stanu psychicznego, jest kompleksowość, z uwzględnieniem kontekstu społecznego i rodzinnego, w jakim dziecko funkcjonuje, diagnozy psychologicznej i lekarskiej oraz wielokierunkowego procesu leczenia i rehabilitacji. Leczenie powinno obejmować psychoterapię, pomoc ze strony rodziny a w razie potrzeby środki farmakologiczne. W skali kraju występują jednak istotne trudności w dostępie

do tego rodzaju świadczeń wynikające z organizacji obecnie funkcjonującego systemu opieki psychiatrycznej. W sytuacji, gdy dotknięte zaburzeniami psychicznymi dzieci nie otrzymają odpowiedniego wsparcia, problemy, które mają, mogą trwale odcisnąć się na całym ich życiu.

Jak wynika z danych Komendy Głównej Policji, w grupie wiekowej nastolatków drugą co do częstości przyczyną zgonów są samobójstwa (Polska jest w czołówce Europy pod względem liczby samobójstw); łącznie – w okresie objętym kontrolą

¹ Artykuł opracowano na podstawie Informacji o wynikach kontroli: *Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży (w latach 2017–2019)* nr ewid.170/20A9/P/059/KZD, Departament Zdrowia NIK, marzec 2020 r.; przeprowadzono ją w Ministerstwie Zdrowia oraz w dziewięciu podmiotach leczniczych udzielających świadczeń w trybie stacjonarnym i 13 – udzielających świadczeń w trybie ambulatoryjnym (na terenie województw: lubuskiego, mazowieckiego opolskiego, podkarpackiego, śląskiego i warmińsko-mazurskiego).



– było 1987 zamachów samobójczych, w tym 250 zakończonych zgonem².

Obecnie również opieka w środowisku dziecka prawie nie istnieje, ponieważ czasem jest to pomoc pedagoga szkolnego, poradni psychologiczno-pedagogicznej lub poradni zdrowia psychicznego, ale każde z tych podmiotów funkcjonuje osobno. Brakuje również terapii rodzinnej. Także tylko raz w okresie objętym kontrolą omawiane były problemy opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży na posiedzeniu Rady do spraw Zdrowia Psychicznego³.

Ustalenia kontroli

Działania Ministra Zdrowia

Minister Zdrowia rozpoczął wdrażanie rozwiązań prawnych i organizacyjnych, które pozwolą na funkcjonowanie nowego modelu leczenia środowiskowego⁴ (stanowiącego najbardziej efektywną formę opieki nad dziećmi i młodzieżą), już po zakończeniu kontroli NIK⁵.

Ten model ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, wprowadzający trzy poziomy referencyjne placówek

realizujących świadczenia opieki psychiatrycznej dla pacjentów w wieku rozwojowym jest niezbędnym warunkiem rozwoju lecznictwa psychiatrycznego. Ma zapewnić odpowiednią profilaktykę adresowaną do tej populacji oraz skuteczną terapię i przyczynić się do poprawy dostępności świadczeń.

W 2018 r. Minister Zdrowia powołał Zespół do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży⁶, którego zadaniem było przygotowanie rekomendacji dotyczących poprawy opieki nad dziećmi i młodzieżą w lecznictwie psychiatrycznym i leczenia uzależnień⁷. Minister nie określił jednak w zarządzeniu terminu zakończenia prac Zespołu i do zakończenia kontroli NIK Zespół nie przygotował oczekiwanych rekomendacji.

Pomimo to, w sierpniu 2019 r. – w celu wdrożenia modelu leczenia środowiskowego dzieci i młodzieży – Minister wydał rozporządzenie wprowadzające nowe warunki udzielania świadczeń⁸ a następnie – aby umożliwić zawieranie umów – dopiero we wrześniu wydał rozporządzenie

² W latach 2017–2019 (I półr.) liczba zamachów samobójczych wśród małoletnich w wieku 7-18 lat wzrosła z 730 (w roku 2017) do 772 (w roku 2018), a w I półr. 2019 r. wyniosła już 485.

³ Posiedzenie Rady odbyło się w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie 23.11.2017.

⁴ Według Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (dalej NPOZP) niezbędnym kierunkiem zmian i warunkiem rozwoju psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest wdrożenie środowiskowego modelu ochrony zdrowia psychicznego. Rozporządzenie Rady Ministrów z 8.2.2017 w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz. U. z 2017 r. poz. 458).

⁵ Kontrola w Ministerstwie Zdrowia zakończyła się 19.7.2019.

⁶ Zarządzenie Ministra Zdrowia z 20.2.2018 w sprawie powołania Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży (Dz. Urz. MZ z 2018 r. poz. 6), zwanego dalej Zespołem.

⁷ W dniu powołania Zespołu w jego skład weszło 13 ekspertów i praktyków zajmujących się zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży, a w styczniu 2019 r. Minister rozszerzył skład Zespołu o kolejnych 11 ekspertów, na podstawie Zarządzenia Ministra Zdrowia z 29.1.2019 zmieniającego zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży (Dz. Urz. MZ z 2019 r. poz. 8).

⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 14.8.2019 zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1640). Rozporządzenie weszło w życie 30.8.2019, wygasa 30.11.2019.

zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁹.

Nadmienić należy, że posiedzenia Zespołu nie były dokumentowane, w MZ nie sporządzono dokumentacji (sprawozdań, protokołu) ilustrującej przebieg prac. Nie przedstawiono również kontrolerom z NIK dokumentów prezentujących wyniki monitorowania prac ani analizy funkcjonowania Zespołu¹⁰.

W sprawie stworzenia opieki środowiskowej dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi Minister Zdrowia podjął współpracę z Ministrem Edukacji Narodowej dotyczącą funkcjonowania poradni psychologiczno-pedagogicznych. Podkreślić jednak należy, że w ramach NPOZP nie przewidziano zadań dotyczących szkolenia psychologów i pedagogów zatrudnionych w poradniach psychologiczno-pedagogicznych oraz w szkołach, służących redukcji potencjalnych zagrożeń i incydentów zaburzeń zdrowia psychicznego wśród uczniów lub wychowanków.

Minister Zdrowia nie zapewnił również równomiernego rozmieszczenia lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży na terenie kraju, co uniemożliwiało zapewnienie małoletnim równego dostępu do świadczeń opieki psychiatrycznej.

Najmniej lekarzy tej specjalności przypadających na 10 tys. osób małoletnich było w województwie lubuskim (0,16), a najwięcej – w województwie łódzkim (0,79)¹¹.

Według stanu na 31 marca 2019 r. liczba psychiatrów dzieci i młodzieży wykonujących ten zawód wynosiła 419 a 169 lekarzy było w trakcie specjalizacji. Minister Zdrowia nie określił wskaźników minimalnej liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży w stosunku do populacji, która zaspokoi potrzeby ani nie opracował modelu prognozowania zapotrzebowania na lekarzy specjalistów, aby – uwzględniając zmiany demograficzne – zapewnić ich niezbędną liczbę, w tym lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży.

Wskaźnik liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży na 10 tys. małoletnich w Polsce, według stanu na 31 grudnia 2018 r., wyniósł 0,51. Natomiast według standardu WHO (2005 r.) dla kraju o średnim poziomie dochodów liczba psychiatrów dziecięcych powinna wynosić – 1 na 10 tys. dzieci i młodzieży.

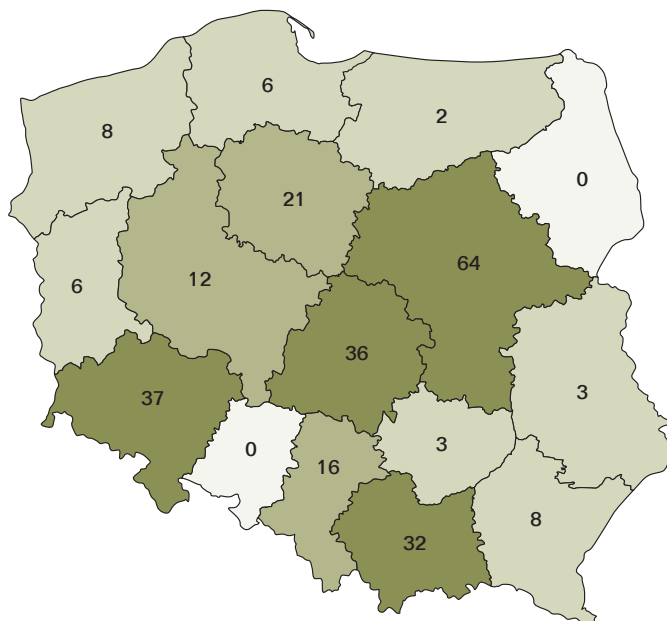
W latach 2017–2019 Minister Zdrowia podjął wprawdzie działania mające zwiększyć liczbę specjalistów zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego małoletnich (m. in. wpisując psychiatrę dzieci i młodzieży na listę specjalności

⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20.9.2019 zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. poz.1887).

¹⁰ Według Regulaminu organizacyjnego MZ stanowiącego załącznik do zarządzenia Ministra Zdrowia z 6.2.2019 w sprawie regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (Dz. Urz. MZ z 2019 r. poz. 12, ze zm.), monitorowanie prac oraz analiza zasadności funkcjonowania zespołów powoływanych przez Ministra Zdrowia należy do zadań Biura Ministra.

¹¹ Liczba pacjentów przypadających na jednego psychiatrę dziecięcego wynosiła w skali kraju, w roku 2018, średnio 417 osób (od 202 osób w województwie łódzkim do 980 osób w województwie podkarpackim).

Rysunek 1. Rozmieszczenie miejsc szkoleniowych w poszczególnych województwach



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych MZ.

priorytetowych), ale nie spowodowało to istotnego zainteresowania lekarzy wyborem tej specjalizacji. Na 161 miejsc szkoleniowych w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży w trybie rezydenckim – tylko 39 osób (tj. 24,2%) zdecydowało się na podjęcie szkolenia w tej specjalizacji. Przyczyną były m. in. dysproporcje występujące w rozmieszczeniu ośrodków i miejsc szkoleniowych w poszczególnych województwach (różnice w liczbie miejsc

szkoleniowych wynosiły od zera w województwie podlaskim do 64 w województwie mazowieckim)¹².

Dysproporcje w rozmieszczeniu na terenie kraju dotyczyły także stacjonarnych oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży (40) oraz oddziałów dziennych (46), w których udzielano świadczeń psychiatrycznych małoletnim, a na terenie niektórych województw w ogóle ich nie było¹³.

¹² Według stanu na 31.3.2019 – 31 jednostek było uprawnionych do prowadzenia specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży (posiadały łącznie 254 miejsca szkoleniowe).

¹³ Według stanu na koniec I półr. 2019 r. stacjonarne całodobowe oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży funkcjonowały w 15 województwach, nie było takiego oddziału w województwie podlaskim (powodem był brak świadczeniodawcy mogącego udzielać świadczeń w tym trybie). Natomiast oddziały dzienne funkcjonowały na terenie 11 województw; nie było ich w województwie lubuskim, opolskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim.

Natomiast podmioty udzielające świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w trybie ambulatoryjnym (171) funkcjonowały we wszystkich województwach, ale według stanu na koniec I półrocza 2019 r. było ich o 13 mniej niż w roku 2018 (184).

NIK zwróciła uwagę na odpowiedzialność władz publicznych za zapewnienie mieszkańcom kraju równego dostępu do świadczeń na terenie poszczególnych województw¹⁴. W tym obszarze nie może zabraknąć aktywnych działań Ministra Zdrowia.

Diagnozowanie i leczenie w trybie stacjonarnym

Kontrola wykazała nieprawidłowości w organizacji systemu diagnozowania i leczenia zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży w trybie stacjonarnym (w szpitalach).

W badanym okresie, w ośmiu placówkach hospitalizowano łącznie 7340 pacjentów małoletnich i w sześciu z nich

odmówiono przyjęcia 3890 pacjentom, głównie z powodu braku wskazań.

Z ustaleń kontroli wynika, że w niektórych szpitalach nie hospitalizowano dzieci do 7 r.ż., ponieważ – jak wyjaśniano – zgodnie z wymogiem określonym w Załączniku nr 1 (l.p.2) do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych¹⁵, (obowiązującym w okresie objętym kontrolą) świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży obejmowały diagnostykę i leczenie małoletnich objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych (do ich ukończenia)¹⁶.

W latach 2017–2019 (I kwartał) w sześciu skontrolowanych szpitalach łączna liczba łóżek rzeczywistych (wykorzystywanych w oddziałach) zmniejszyła się z 272 (w 2017 r.) do 267 (w 2018 r.) i 242 (w 2019 r.). Stopień wykorzystania łóżek wynikał ze zgłoszeń pacjentów do leczenia¹⁷, natomiast przeciętny czas hospitalizacji w poszczególnych szpitalach wyniósł:

¹⁴ Konstytucja RP nakłada na władze publiczne obowiązek ochrony zdrowia obywateli. Nie określa jednak szczegółowo jak ma być on realizowany, przenosząc określenie szczegółowych rozwiązań w tym zakresie na ustawy, a nadzór nad ich realizacją na administrację publiczną.

¹⁵ 30.8.2019 weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z 14.8.2019 zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. poz. 1640), którym, w rozporządzeniu z 19.6.2019 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, dodano załącznik nr 8 *Warunki szczegółowe, jakie są obowiązani spełniać świadczeniodawcy realizujący świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w ramach poziomów referencyjnych*. Załącznik ten wprowadza w odniesieniu do dzieci i młodzieży formy opieki środowiskowej, w ramach których zapewniona jest opieka dla dzieci poniżej 7. roku życia, w tym w ramach całodobowej opieki stacjonarnej. Dotyczy to jednak tylko tych świadczeniodawców, którzy wyrazili zgodę na zmianę dotychczasowych umów. Warunki będą też miały zastosowanie do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych w wyniku postępowań w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami wszczętych po dniu wejścia w życie rozporządzenia zmieniającego.

¹⁶ Na przykład w Szpitalu w Zagórz, w okresie objętym kontrolą, odnotowano 51 przypadków odmowy przyjęć pacjentów do 7 r.ż. ponieważ – jak wyjaśniono – na oddziale nie ma warunków do hospitalizacji dziecka z opiekunem.

¹⁷ Średnie wykorzystanie łóżka w poszczególnych szpitalach, które były kontrolowane, wynosiło: w roku 2017 – od 73,62% (Szpital w Zagórz), do 101,10% (Szpital w Olsztynie), w roku 2018 – od 78,71% (Szpital w Zagórz), do 108,44% (Szpital w Łańcucie) a w roku 2019 (I kwartał) – 18,32% (Szpital w Zagórz), do 29,14% (Szpital w Łańcucie).



w roku 2017 – od 17,93 dnia (w Szpitalu w Opolu¹⁸) do 38,93 (w Szpitalu w Zaborze¹⁹), w 2018 r. – od 17,80 dnia (w Szpitalu w Opolu) do 32,53 (w Szpitalu w Łąncucie²⁰), a w 2019 r. (w I kwartale) – od 18,74 (w Szpitalu w Bielsku-Białej²¹) do 39,46 dnia (w Szpitalu w Zaborze).

W dwóch szpitalach (spośród ośmiu objętych kontrolą) pacjenci małoletni hospitalizowani byli na oddziałach dla dorosłych. Nie ograniczało to jednak udzielania im świadczeń w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży.

Wyniki kontroli wskazały, że niektóre szpitale leczyły małoletnich pacjentów (świadczyły psychiatryczne usługi zdrowotne) ponad limit określony w umowach z OW NFZ zawartych na lata 2017–2019²².

W pięciu szpitalach (spośród ośmiu skontrolowanych) prowadzono rejestry osób oczekujących na hospitalizację psychiatryczną, a w pozostałych – nie, uzasadniając to brakiem pacjentów oczekujących na przyjęcie do szpitala. Według stanu na 31 grudnia 2018 r., pacjenci w stanie

stabilnym oczekiwali na hospitalizację do trzech szpitali, spośród ośmiu objętych kontrolą (łącznie 43 pacjentów); średni czas oczekiwania wynosił 18 dni.

Natomiast pacjenci w sytuacjach pilnych oczekiwali na hospitalizację tylko do jednego spośród ośmiu badanych szpitali, tj. do Szpitala w Bielsku-Białej (dwie osoby w IV kwartale 2018 r. i 11 osób w I kwartale 2019 r., a średni czas oczekiwania wynosił – 13 i 28 dni²³).

Zarówno liczba pacjentów, jak i czas oczekiwania na hospitalizację miały wahania sezonowe (np. okres wakacyjny, okres jesienno-zimowy, sprzyjający depresjom i zaburzeniom nastroju, początek roku szkolnego).

Hospitalizacja małoletnich pacjentów

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego małoletniego pacjenta lub osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej odbywa się na podstawie pisemnej zgody ustawowego przedstawiciela pacjenta, wyrażonej w dokumencie „Zgoda na leczenie psychiatryczne”.

¹⁸ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu (zwany dalej „Szpitalem w Opolu”)

¹⁹ SP ZOZ Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze, Szpital Psychiatryczny (zwany dalej „Szpitalem w Zaborze”).

²⁰ Centrum Medyczne w Łąncucie sp. z o.o. (zwane dalej „Szpitalem w Łąncucie”).

²¹ Szpital Pediatryczny w Bielsku-Białej (dalej zwany: „Szpitalem w Bielsku-Białej”). Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży rozpoczął działalność od 15.11.2018.

²² Na przykład w Szpitalu w Łąncucie – w okresie objętym kontrolą, średnie wykorzystanie łóżek wynosiło: 95,07% w 2017 r., 108,44% w 2018 r. i 106,37% w I kwartale 2019 r., Szpital w Olsztynie zrealizował takie świadczenia na poziomie większym od zakontraktowanego odpowiednio dla poszczególnych lat o: 0,9%, 9,9% i 14,1%.

²³ Według danych NFZ otrzymanych na etapie kontroli P/19/058: Realizacja zadań NFZ w 2018 r. – w skali kraju, wg stanu na 31.12.2018, liczba małoletnich pacjentów w stabilnym stanie zdrowia, oczekujących na hospitalizację (na udzielanie świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej) wynosiła 402 osoby i była mniejsza od liczby oczekujących – wg stanu na 31.12.2017 – o 114 osób, średni rzeczywisty czas oczekiwania na hospitalizację zmniejszył się z dwóch dni (w 2017 r.) do półtora dnia. Liczba pacjentów oczekujących na hospitalizację (w 2018 r.) wynosiła, w 11 województwach, średnio 36 pacjentów a średni rzeczywisty czas oczekiwania to osiem dni. Natomiast w pięciu województwach nie było kolejek oczekujących na hospitalizację.

W okresie objętym kontrolą hospitalizowano łącznie 4683 pacjentów małoletnich za ich zgodą lub zgodą opiekuna, natomiast bez takiej zgody łącznie 547 pacjentów. W trybie nagłym – bez zgody (art. 23 ustawy o ozp)²⁴ hospitalizowano 167 małoletnich pacjentów, a w trybie przymusowej obserwacji (art. 24 ustawy o ozp) łącznie 373 pacjentów.

Małoletni pacjenci hospitalizowani byli również na wniosek rodziny (art. 29 ustawy o ozp) – łącznie 809 małoletnich pacjentów, w tym 338 – z doręczonym orzeczeniem lekarza psychiatry, które szczegółowo uzasadniało potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym (art. 30 ustawy o ozp).

W przypadkach umieszczenia małoletniego pacjenta w szpitalu psychiatrycznym bez jego zgody, zawiadomienie o tym kierowano do sądu opiekuńczego (art. 23 ust. 4 ustawy o ozp); postanowienie dotyczące przyjęcia do szpitala bez zgody zainteresowanego wydawał

sąd opiekuńczy. Nie było jednak przypadku wydania przez sąd postanowienia o braku podstaw do przyjęcia do szpitala osoby małoletniej bez jej zgody lub zgody jej opiekuna prawnego.

Stwierdzono natomiast przypadki, że sądy nie przestrzegały §1 rozporządzenia w sprawie leczenia i pobytu nieletnich w podmiotach leczniczych²⁵, który stanowi, że sądy uprawnione są do umieszczenia nieletnich jedynie w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Nie przestrzegały również art. 25a ust. 4 ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich²⁶, który stanowi, że obserwacja w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą nie powinna trwać dłużej niż cztery tygodnie; na wniosek podmiotu leczniczego sąd rodzinny może przedłużyć ten termin na czas nieokreślony, niezbędny do zakończenia obserwacji, a łączny czas trwania obserwacji w danej sprawie nie może przekroczyć sześciu tygodni²⁷.

²⁴ Ustawa z 19.8.1994 o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2018 r. poz. 1878), zwana dalej *ustawą o ozp*.

²⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20.4.2005 w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. z 2018 r. poz. 1928) zwane dalej *rozporządzeniem w sprawie kierowania i pobytu nieletnich w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami*.

²⁶ Ustawa z 26.10.1982 o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2018 r. poz. 969).

²⁷ Na przykład do Szpitala w Łańcucie (jest wpisany do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod nazwą Centrum Medyczne w Łańcucie sp. z o.o.), sądy skierowały troje nieletnich wydając orzeczenie o umieszczeniu ich w tym Szpitalu – na podstawie przepisów ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich, mimo iż Prezes Centrum informował sądy, że nie jest uprawniony do prowadzenia obserwacji, leczenia i postępowania wychowawczego z takimi pacjentami na mocy wyżej wymienionej ustawy i przepisów wykonawczych do niej. Jednak sądy nie zmieniły wydanych postanowień i nieletni byli hospitalizowani w tym szpitalu. W postanowieniu o skierowaniu jednego z tych trzech nieletnich pacjentów, sąd określił termin jego pobytu w oddziale – *na czas trwania postępowania sądowego* (celem ustalenia czy ulega demoralizacji), a rzeczywisty okres pobytu nieletniego w tym przypadku przekroczył termin określony w przepisie (art. 25a ust. 4 ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich) i wyniósł łącznie 74 dni. W okresie objętym kontrolą w szpitalu przebywały jeszcze dwie nieletnie osoby, które winny być umieszczone w publicznym zakładzie psychiatrycznej opieki zdrowotnej dysponującym warunkami wzmoczonego zabezpieczenia, podczas gdy oddział, na którym byli hospitalizowani nie spełniał kryteriów określonych w § 16 pkt 5 i § 17 pkt 3 rozporządzenia w sprawie kierowania i pobytu nieletnich w podmiotach leczniczych.



Zapewnienie udzielania świadczeń

W okresie objętym kontrolą wymagania dotyczące liczby i kwalifikacji (wykształcenie, staż, wymagane certyfikaty) pracowników niezbędnych do zapewnienia opieki na oddziałach były uregulowane w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, rozporządzeniu w sprawie kwalifikacji pracowników w podmiotach leczniczych²⁸ oraz w umowach z OW NFZ o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień²⁹.

W sześciu szpitalach objętych kontrolą, na oddziałach, w których leczono psychiatrycznie małych pacjentów

(udzielano małym pacjentom świadczeń z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej), rzeczywisty stan zatrudnienia pracowników ogółem (w każdej grupie zawodowej) – biorąc pod uwagę rzeczywistą liczbę łóżek na oddziale, był z reguły większy³⁰ od stanu prawnego określonego w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych.

W czterech szpitalach (spośród siedmiu objętych kontrolą) pomieszczenia oddziałów spełniały wymagania określone w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą³¹.

²⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20.7.2011 w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorstwami (Dz.U. z 2011 r. nr 151, poz. 896), zwane dalej *rozporządzeniem w sprawie kwalifikacji pracowników w podmiotach leczniczych*.

²⁹ Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych (załącznik nr 1 poz. 2), na oddziale powinien być zatrudniony jeden lekarz specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży (na 32 łóżka), lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii (jeden etat na 16 łóżek), psycholog (jeden etat na 10 łóżek) oraz osoba prowadząca terapię zajęciową (jeden etat na 60 łóżek) oraz pielęgniarki.

³⁰ Zatrudnienie w poszczególnych grupach zawodowych, na oddziałach udzielających psychiatrycznych świadczeń małym pacjentom, w okresie objętym kontrolą, przedstawiało się następująco: Lekarze: wg stanu na 31.12.2017, w sześciu szpitalach (272 łóżka rzeczywiste) zatrudnionych było ogółem 55 lekarzy na 47,05 etatu a wg stanu prawnego (wynikającego z rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych), minimalny stan ich zatrudnienia w tych podmiotach powinien wynosić 25,51 etatu. Natomiast wg stanu na 31.12.2018, w tych szpitalach (267 łóżek rzeczywistych) było zatrudnionych 45 lekarzy na 36,3 etatu (wg stanu prawnego 25,05 etatu) a wg stanu na 31.3.2019, w tych szpitalach (242 łóżka rzeczywiste) było zatrudnionych ogółem 45 lekarzy – na 32,02 etatu (wg stanu prawnego 22,72 etatu). Pielęgniarki: rzeczywisty stan zatrudnienia, w sześciu szpitalach wynosił, odpowiednio w latach, 92 pielęgniarki na 86,77 etatu, 100 – na 94,25 etatu i 102 – na 94,43 etatu. Psycholodzy: wg stanu na 31.12.2017, w sześciu szpitalach było zatrudnionych 45 psychologów na 31,53 etatu, a wg stanu prawnego, minimalny stan zatrudnienia winien wynosić 27,21 etatu. Natomiast wg stanu na 31.12.2018 zatrudnionych było 48 osób – na 36,02 etatu (wg stanu prawnego, 26,71 etatu) a wg stanu na 31.3.2019 – 45 osób na 34,84 etatach (wg stanu prawnego – 24,22 etatu). Terapeuci: w poszczególnych latach objętych kontrolą, w sześciu szpitalach, zatrudnionych było 20 terapeutów – odpowiednio: na 13,41 etatu, na 14,58 etatu i na 15,08 etatu (a wg stanu prawnego, minimalny stan zatrudnienia winien wynosić odpowiednio – 4,54, 4,46 i 4,04 etatu).

³¹ Zarówno w obowiązującym do 1.4.2019 rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26.6.2012 w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. poz. 739) oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26.3.2019 w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. poz. 595).

W pozostałych trzech nie dotrzymano niektórych wymagań³².

Pacjenci małoletni mogli otrzymywać w trakcie hospitalizacji zgodę na okresowe przebywanie poza szpitalem na tzw. przepustkach. W okresie objętym kontrolą hospitalizowanych było łącznie 7340 takich pacjentów; skorzystali oni łącznie z 2312 przepustek. Wielokrotnie zgodę na przepustkę otrzymało łącznie 647 pacjentów. W toku kontroli nie można było jednak ustalić, czy i ilu nieletnim odmówiono wydania przepustki, ponieważ szpitale nie prowadziły stosownych ewidencji.

W badanym okresie, w przypadku małoletnich pacjentów przebywających w szpitalach, wystąpiło łącznie 570 negatywnych zjawisk typu samookaleczenia, urazy, próby samobójcze, agresja wobec innego pacjenta, personelu, samowolne oddalenie się z oddziału (ucieczka).

Reakcją personelu medycznego było zastosowanie przymusu bezpośredniego. W siedmiu szpitalach zastosowano go łącznie 2761 razy wobec pacjentów małoletnich³³ (w formie unieruchomienia pasami, izolacji, użycia kaftana bezpieczeństwa, przymusowego podania leków, a nawet zastosowania równocześnie kilku rodzajów środków).

Wyniki kontroli wskazały, że wymogi dotyczące stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego, określone w ustawie o ozp oraz rozporządzeniu w sprawie dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego³⁴ i rozporządzeniu w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi³⁵, nie były ściśle przestrzegane³⁶.

Przeprowadzona w toku kontroli analiza 185 kart przymusu bezpośredniego

³² Na przykład w Szpitalu w Zagórzcu nieprawidłowości polegały na: braku sali pobytu dziennego oraz jadalni (na ten cel wyodrębniono miejsce z korytarza); niewystarczającej szerokości drzwi w ośmiu salach łóżkowych, które nie pozwalały na swobodne wyprowadzenie łóżek, w tym w dwóch salach (sala do obserwacji ścisłej i sala do obserwacji super ścisłej), zarówno szerokość drzwi, jak i usytuowanie sali nie pozwalało na wyprowadzenie łóżka bez jego demontażu; nieprawidłowej konstrukcji drzwi na sali chorych, (stworzonej z sali sportowej), która uniemożliwiała ich otwarcie w przypadku zablokowania od wewnątrz; zbyt małym odstępem między łóżkami w dwóch salach (sala chorych stworzona z sali sportowej oraz sala do ścisłej obserwacji), uniemożliwiającym swobodny dostęp do wszystkich łóżek w sali. Podobnie było w Szpitalu w Lublińcu, w którym ustawienie łóżek w pokojach (13 sal chorych) uniemożliwiała wymagany dostęp do nich z dwóch stron (jednej dłuższej i jednej krótszej), szerokość pokoju łóżkowego uniemożliwiała wyprowadzenie każdego łóżka bez konieczności przesuwania innych (co nie spełniało wymogów określonych w przywołanych wcześniej rozporządzeniach Ministra Zdrowia).

³³ Podstawa i uzasadnienie zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi wynika z art. 18 ustawy o ozp.

³⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28.6.2012 w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz.U. poz. 740).

³⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21.12.2018 w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. poz. 2459).

³⁶ Na przykład w Szpitalu w Zagórzcu: W dokumentacji medycznej pacjentów brakowało informacji, czy zostali oni uprzedzeni o możliwości zastosowania wobec nich przymusu bezpośredniego, o fakcie zastosowania wobec nich przymusu, czasie trwania i rodzaju zastosowanego przymusu. W *Księgach Raportów Pielęgniarskich*: brakowało informacji o przyczynach przedłużenia czasu stosowania przymusu, o osobach zlecających i wykonujących przymus bezpośredni, o rodzaju zastosowanego przymusu i czasie jego trwania. W *Kartach Przymusu*: brakowało wpisów dotyczących oceny przez pielęgniarki stanu fizycznego pacjentów co 15 minut, wobec których stosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, trwający powyżej



wykazała, że najczęstszą przyczyną stosowania przymusu bezpośredniego była agresja małych dzieci (134 przypadki – tj. 72,4%), myśli samobójcze (21 przypadków – 11,4%) i samookaleczenia (12 przypadków – 6,5%).

Opieka medyczna

W niektórych szpitalach (np. w Lublińcu), w trakcie hospitalizacji małego pacjenta, jego rodzicom lub opiekunom prawnym nie udzielano informacji o kierunku i sposobie leczenia. Natomiast w innych placówkach (np. w Bielsku-Białej), tam, gdzie według wyjaśnień dyrektora szpitala/ordynatora oddziału, były prowadzone konsultacje rodzinne z lekarzem lub ordynatorem, liczba spotkań zależna była od potrzeb, sytuacji rodzinnej oraz przebiegu procesu diagnostycznego. Badana dokumentacja nie pozwoliła jednak na ustalenie zakresu prowadzonych konsultacji rodzinnych, czy organizowano spotkania terapeutyczne rodzin oraz spotkania edukacyjne dla rodziców³⁷.

W szpitalach w różny sposób rozwiązano kwestię organizacji zajęć terapeutycznych dla małych pacjentów i sposobu ich dokumentowania.

W niektórych szpitalach (np. w Zagórz) na oddziałach opracowano dla małych pacjentów harmonogramy zajęć terapeutycznych, a udział w zajęciach był obowiązkowy dla wszystkich hospitalizowanych.

Natomiast w innych szpitalach (np. w Łańcucie) dla każdego z pacjentów ustalano indywidualny plan zajęć rehabilitacyjnych (przez lekarza lub terapeutę), w których określano rodzaj oraz wymiar zajęć, a samą terapię organizowano zgodnie ze sporządzonym planem.

W niektórych szpitalach na oddziale nie tworzone indywidualnego planu rehabilitacji i nie określano wymiaru czasu tych zajęć dla danego pacjenta³⁸, nie przestrzegano obowiązku, aby pełna dokumentacja rehabilitacyjna i terapeutyczna pacjenta, która obligatoryjnie powinna zostać

4 godzin; brakowało informacji, czy pacjent został zbadany przez lekarza przed podjęciem decyzji o przedłużeniu stosowanego przymusu, informacji o rodzaju zastosowanego przymusu wobec pacjenta; brakowało informacji o przyczynach przedłużenia stosowanego przymusu (w formie unieruchomienia lub izolacji); brakowało autoryzacji wpisów o zakończeniu stosowanego przymusu; w zawiadomieniach o zastosowaniu przymusu bezpośredniego brakowało oceny kierownika podmiotu leczniczego lub upoważnionego lekarza o zastosowanym przymusie; wszystkie *Karty przymusu*, w których dokumentowany był w 2019 r. przymus bezpośredni, były niezgodne ze wzorem Karty, określonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21.12.2018 w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi. Nie było w nich: opisu przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego (z uwzględnieniem wyników badań przeprowadzonych przez lekarza psychiatrę); informacji o skutkach stosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia osoby, wobec której został zastosowany; imienia i nazwiska osoby nadzorującej jego wykonanie, a także pielęgniarki kontrolującej stan fizyczny pacjenta unieruchomionego oraz oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego (przez kierownika podmiotu leczniczego lub upoważnionego lekarza).

³⁷ Na przykład w Szpitalu w Lublińcu w Oddziale Psychiatrii Dzieci i Młodzieży (PDM) nie ustalono dla każdego pacjenta indywidualnego planu rehabilitacji, nie prowadzono konsultacji rodzinnych, a zastępca dyrektora szpitala wyjaśnił, że główną przyczyną jest m.in. brak zainteresowania opiekunów swoimi podopiecznymi (pacjenci przyjmowani z różnych ośrodków wychowawczych, domów dziecka, placówek opiekuńczych) oraz ograniczenia kadrowe w zespole terapeutycznym Oddziału.

³⁸ Zajęcia odbywały się od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 18:00 (20), z uwzględnieniem dni i godzin przeznaczonych na naukę szkolną (jeśli mały pacjent brał w niej udział).

włączona do indywidualnej dokumentacji medycznej, stosownie do wymogów wynikających z rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacyjnych³⁹, faktycznie była do niej dołączana.

W toku kontroli badano indywidualną dokumentację medyczną (DM) pacjentów małoletnich, hospitalizowanych w ośmiu szpitalach objętych kontrolą. Sprawdzone, czy była prowadzona zgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie DM⁴⁰.

Analiza 193 kart „Historii zdrowia i choroby” wykazała⁴¹, że większość z nich, poza pojedynczymi przypadkami, spełniała wymogi rozporządzenia⁴².

Zastrzeżenia dotyczyły częstotliwości wpisów lekarskich w DM⁴³.

Finansowanie świadczeń

W latach 2017–2019 (I kwartał) kwoty na finansowanie świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży przekazywane szpitalom, na podstawie umów zawartych z OW NFZ, nie we wszystkich szpitalach i nie w każdym roku pokrywały koszty ich udzielenia. Przy kontraktowaniu świadczeń w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży, brana była pod uwagę jakość, kompleksowość i cena świadczeń⁴⁴.

Wartość umów zawartych przez siedem szpitali objętych kontrolą⁴⁵ na finansowanie psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom małoletnim wynosiła: w 2017 r. – 20 741,5 tys. zł, w 2018 r. – 22 260,3 tys. zł. a w I kwartale 2019 r. – 10 069,0 tys. zł. Natomiast wartość umów zrealizowanych wynosiła

³⁹ § 7 ust. 1 i ust.2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8.4.2014 w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych (Dz.U. z 2014 r. poz. 522), zwane dalej rozporządzeniem w sprawie zajęć rehabilitacyjnych.

⁴⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 9.11.2015 w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069). zwane dalej rozporządzeniem w sprawie DM.

⁴¹ W każdym szpitalu badaniami objęto DM 10 pacjentów przyjętych do szpitala w 2017 r. i 10 – w 2018 r. (hospitalizowanych przez co najmniej dwa miesiące) oraz DM pacjentów – nie więcej niż pięciu – przyjętych do szpitala do 31.3.2019.

⁴² Na przykład w czterech przypadkach (2,1%) w DM nie było wpisu rozpoznania wstępnego (§ 16 ust. 1 pkt 6 rozporządzenia w sprawie DM), a w 24 przypadkach (12,4%) w DM nie było rozpoznania klinicznego (§ 20 pkt 1), w 11 przypadkach (5,7%) w DM wpisy nie były prowadzone w porządku chronologicznym (§ 4 ust. 1), w 25 przypadkach (18,1%) w DM nie była podana specjalizacja lekarza, który dokonał wpisu (§ 4 ust. 2 zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3), w 47 przypadkach (24,6%) w DM nie było wpisów o zleceniu badań, konsultacji, zabiegów, choć z DM wynikało, że powinny być (§ 9 i 10 ust. 1 pkt 3).

⁴³ Codzienne wpisy lekarza w DM stwierdzono w 36 DM (18,7%), w 94 DM (48,1%) wpisy dokonywane były co dwa-trzy dni. W 41 DM (21,2%) wpisy dokonywane były – w odstępach cztero-siedmiodniowych, a w 22 DM (11,4%) – w odstępach powyżej 7 dni. W przypadku DM, w której wpisy lekarza prowadzącego występowały najrzadziej, przerwy między wpisami lekarza wynosiły od 10 dni do 140 dni (w tym przerwy do 30 dni – stwierdzono w 14 DM, do 90 dni – w sześciu a w jednej DM przerwa wynosiła 126 dni i również w jednej DM – 140 dni). W trzech DM – w ogóle nie było wpisów lekarza (tylko psychologa i/lub terapeuty). Analiza jednej z 22 DM wykazała, że pacjent przebywał w szpitalu 126 dni – i w całej DM były tylko 4 wpisy lekarza.

⁴⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 5.8.2016 w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1372, ze zm.) załącznik nr 4 poz. 2.

⁴⁵ Bez umów zawartych przez Szpital w Ciburzu (ponieważ w ogólnej puli środków na finansowanie świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych nie można było wydzielić kwoty przeznaczonej na świadczenia dla dzieci i młodzieży).



– odpowiednio w latach 2017, 2018 i 2019 – 20 674,7 tys. zł (99,7%), 22 606,0 tys. zł (101,6%) i – 6 045,0 tys. zł (24,9%).

Wyniki kontroli wskazały, że w trzech szpitalach (w Lublińcu, Łańcucie i Zagórz) prowadzono bieżącą analizę kształtowania się kosztów psychiatrycznego leczenia małoletnich pacjentów, natomiast w dwóch (w Opolu i Olsztynie), nie prowadzono jej wcale⁴⁶.

Nadzór i kontrola

W badanym okresie, w 8 szpitalach zobowiązane organy/institucje przeprowadziły łącznie 45 kontroli związanych z hospitalizacją i leczeniem pacjentów małoletnich.

Sędziowie sądów rejonowych podjęli najwięcej kontroli (20). Dotyczyły one legalności przyjmowania pacjentów i przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi. Należy podkreślić, że mimo medialnych informacji na temat nieprawidłowości funkcjonowania psychiatrycznej opieki zdrowotnej małoletnich, temat ten nie był przedmiotem wystarczającego zainteresowania konsultantów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży (krajowego i wojewódzkich). Informacje te nie były przez konsultantów odpowiednio weryfikowane.

Tylko dwóch konsultantów wojewódzkich w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży przeprowadziło kontrolę w szpitalach (po jednej w Szpitalu

w Ciborzu i w Szpitalu w Lublińcu), natomiast Krajowy konsultant w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży oraz lekarze z Okręgowej Izby Lekarskiej nie podjęli ani jednej. NFZ przeprowadził tylko jedną kontrolę (w Szpitalu w Zagórz), która dotyczyła rzetelności wykonywania świadczeń, zgodnie z umową z OW NFZ oraz prawidłowości wykazywania ich w rozliczeniach.

Leczenie zaburzeń

w trybie ambulatoryjnym

Stwierdzono, że organizacja systemu diagnozowania i leczenia zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży w trybie ambulatoryjnym (poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży) wymaga wielu usprawnień.

Kontrolę przeprowadzono w 13 poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży⁴⁷, spośród których pięć funkcjonowało w strukturze organizacyjnej szpitala, w ramach przyszpitalnej przychodni specjalistycznej, a osiem – w strukturze ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w ramach lecznictwa „otwartego”.

W 13 poradniach liczba lekarzy⁴⁸ i wymiar ich zatrudnienia utrzymywały się praktycznie na tym samym poziomie (nie było istotnych zmian) i wynosiła, odpowiednio w poszczególnych latach: 35 lekarzy na 12,25 etatu (przeliczeniowych), 36 lekarzy na 12,5 etatu i 34 lekarzy na 12,19 etatu. Średni rzeczywisty stan

⁴⁶ Brak informacji dotyczących Szpitali w Zaborze i Bielsku-Białej.

⁴⁷ Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży – zwana dalej również „PZP” lub „Poradnią”.

⁴⁸ Wśród zatrudnionych lekarzy byli: specjaliści w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży; specjalista w dziedzinie psychiatrii dziecięcej (1); specjaliści w dziedzinie psychiatrii.

zatrudnienia lekarzy – łącznie we wszystkich poradniach objętych kontrolą był większy od wymaganego przepisami – odpowiednio w latach 2017, 2018, 2019 – o 0,92; 0,95 i 1,13 etatu.

W poradni w Pisz⁴⁹ stan zatrudnienia lekarzy był niewystarczający w stosunku do potrzeb, co spowodowało zakończenie jej działalności⁵⁰. W niektórych poradniach stan zatrudnienia personelu fachowego był, według ich kierownictwa, wystarczający aby przyjąć wszystkich zgłaszających się pacjentów i do wysokości umowy zawartej z OWN FZ na udzielanie małoletnim świadczeń z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej (np. w poradniach w Kędzierzynie-Koźlu⁵¹, Katowicach⁵², w Częstochowie⁵³).

Wykorzystanie czasu pracy lekarzy w dziewięciu poradniach było większe niż wynikało z zatrudnienia⁵⁴ i wynosiło od 100,60%

do 111,63%, a w jednej w Rzeszowie nawet 199,57%. Natomiast w trzech wykorzystanie czasu pracy lekarzy było mniejsze od wynikającego z wymiaru zatrudnienia i wynosiło od 93,91% do 98,58%⁵⁵.

Rzeczywisty stan zatrudnienia psychologów w poszczególnych poradniach – w przeliczeniu na etaty – wynosił od 0,1 do 2,91 etatu i był większy ogółem od stanu wynikającego z przepisów⁵⁶.

Uwzględniając 40-godzinny tygodniowy czas pracy psychologa, wykorzystanie ich czasu pracy w czterech poradniach było większe niż wynikające z zatrudnienia i wynosiło od 100,52% do 117,67%, a w siedmiu poradniach było mniejsze i wynosiło od 67,57% do 96,88%⁵⁷.

Terapeutów zatrudniano tylko w pięciu poradniach (spośród 13 objętych kontrolą) a rzeczywisty stan ich zatrudnienia

⁴⁹ Poradnia w strukturze Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Powiatowy w Pisz (zwana dalej Poradnią w Pisz).

⁵⁰ W kolejnych latach objętych kontrolą w poradni zatrudniony był tylko jeden psychiatra w wymiarze 0,3 etatu i po I kw. 2019 r. zrezygnował z pracy.

⁵¹ Poradnia Zdrowia Psychicznego w strukturze NZOZ „SENSIMED” sp. z o.o. w Kędzierzynie-Koźlu (zwana dalej Poradnią w Kędzierzynie-Koźlu).

⁵² Poradnia w strukturze Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach (dalej zwana Poradnią w Katowicach).

⁵³ Poradnia funkcjonująca w strukturze Wojewódzkiej Przychodni Matki, Dziecka i Młodzieży w Częstochowie (zwana dalej Poradnią w Częstochowie).

⁵⁴ Przy założeniu, że jeden etat to 37 godzin pracy.

⁵⁵ W 2017 r. liczba pacjentów przypadających na jeden etat lekarza – w 12 poradniach objętych kontrolą – wynosiła średnio 1091 osób, ale była bardzo zróżnicowana między poradniami i wynosiła od 477 pacjentów w Poradni w Kędzierzynie-Koźlu do 3347 pacjentów w Poradni w Rzeszowie. Natomiast w 2018 r. – liczba pacjentów przypadających na jeden etat lekarza wzrosła do 1124 osób, w skrajnych przypadkach od 593 osób w Poradni w Pisz do 2415 osób w Poradni w Rzeszowie (Poradnia w strukturze organizacyjnej Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie (dalej zwana Poradnią w Rzeszowie)).

⁵⁶ W toku kontroli wyjaśniono – nie potwierdzając tego na piśmie, że przyczyną większego, niż to wynika z przepisów, stanu zatrudnienia psychologów było zwiększenie dostępności do świadczeń małoletnim pacjentom. W poszczególnych latach objętych kontrolą stan zatrudnienia psychologów wynosił ogółem, odpowiednio: 51 psychologów – na 17,37 etatu (stan prawny – 10,77 etatu), 56 psychologów – na 18,03 etatu (stan prawny – 11,69 etatu) i 57 psychologów – na 17,62 etatu (stan prawny – 11,4 etatu).

⁵⁷ Na przykład psychologów w Poradni w Opolu (Poradnia w strukturze Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Jadwigi w Opolu) przy stanie zatrudnienia na 31.3.2019, winni pracować 70 godz. i 48 min., a w rzeczywistości pracowali 60 godzin, tak więc ich czas pracy wynosił 84,75%.



w poszczególnych poradniach – w przeliczeniu na etaty – wynosił od 0,1 do 2,6 etatu.

Dostępność świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Zgodnie z obowiązującym stanem prawnym⁵⁸, lekarze psychiatry powinni przyjmować pacjentów (udzielać świadczeń) w czasie nie mniejszym niż 1/3 czasu pracy poradni tygodniowo.

Wyniki kontroli wskazały, że godziny pracy oraz dostępność specjalistów (lekarzy, psychologów) w poszczególnych dniach były zróżnicowane (zależały od ich liczby) i z reguły odpowiadały godzinom funkcjonowania danej poradni we wszystkich dniach pracy.

NIK zwróciła uwagę, iż w niektórych poradniach przyjmowano małoletnich pacjentów (udzielano świadczeń) tylko w godzinach przedpołudniowych (nawet od godz. 6:00) lub tylko popołudniowych (nawet do godz. 22:00) – co ograniczało dostępność świadczeń, jak również mogło być uciążliwe dla dzieci i ich rodziców/opiekunów, z uwagi na porę.

W 10 poradniach stwierdzono, że wymiar czasu pracy i godziny pracy niektórych specjalistów różnił się od zapisanego w załączniku do umów z OW NFZ

(z reguły był mniejszy), również świadczenia nie były realizowane przez wszystkie osoby wskazane w tych załącznikach⁵⁹.

W okresie objętym kontrolą liczba małoletnich pacjentów w stabilnym stanie zdrowia, oczekujących na leczenie, sukcesywnie rosła. W roku 2017 – we wszystkich poradniach liczba małoletnich pacjentów oczekujących na leczenie wyniosła średnio 564, w roku 2018 – średnio 660 a w I kwartale 2019 r. wzrosła do 1036 osób. Najwięcej osób oczekiwało na leczenie w poradni w Katowicach (od 30 osób I w kwartale 2017 r. – do 152 w I kwartale 2019 r.), w Giżycku (w tym samym czasie od 102 do 88 osób), w Zaborze (w tym samym czasie od 114 do 91). W pozostałych poradniach, w poszczególnych kwartałach oczekiwało na leczenie (świadczenie), średnio od 20 do 40 osób.

Średni czas oczekiwania na wizytę, łącznie w 13 poradniach, wyniósł – odpowiednio w badanym okresie – 44,5 dnia, 55 dni i 56 dni, a średni czas oczekiwania w poszczególnych poradniach wyniósł od 23,9 dnia (w Częstochowie) do 120 dni (w Giżycku).

W przypadkach pilnych pacjenci oczekiwali na leczenie tylko w dwóch poradniach, natomiast w pozostałych – przyjmowani byli na bieżąco⁶⁰.

⁵⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6.11.2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, załącznik nr 6 – Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych psychiatrycznych leczenia środowiskowego (domowego) oraz warunki realizacji tych świadczeń (poz.5).

⁵⁹ Na przykład Poradnia w Zaborze przekazywała do NFZ informację o wyższej liczbie osób udzielających świadczeń niż faktyczna, ponieważ wykazywano pracowników przebywających na długotrwałych zwolnieniach/urloпах macierzyńskich a także osoby, które faktycznie nie udzielały świadczeń.

⁶⁰ W Poradni w Zielonej Górze liczba oczekujących w poszczególnych kwartałach wynosiła – od zera do 11 osób (średni czas oczekiwania na wizytę wynosił 26,4 dnia) a w Poradni w Giżycku – od zera do ośmiu osób (średni czas oczekiwania na wizytę wynosił 29,3 dnia).

W okresie objętym kontrolą, w 13 poradniach zdrowia psychicznego leczonych było łącznie 37 891 pacjentów (dzieci i młodzieży)⁶¹, w tym 8433 osoby po raz pierwszy (22,3%)⁶².

Liczba pacjentów pierwszorazowych (w poradniach objętych kontrolą⁶³), wynosiła od 10,8% (w Poradni w Piszcu) do 47,4% (w Poradni w Zaborze).

Siedem poradni (spośród 13 objętych kontrolą) prowadziło profilaktykę i prewencję zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży oraz ich rodzin, która polegała na informowaniu rodziców o przyczynach problemów oraz udzielaniu szczegółowych wytycznych odnośnie do sposobów dalszego wychowania i postępowania. W pozostałych poradniach nie prowadzono profilaktyki, ponieważ – jak wyjaśniano w toku kontroli – zajmuje się ona leczeniem wyraźnie identyfikowanego pacjenta, w stosunku do którego wymagane jest leczenie, a nie profilaktyka. Wskazywano, że profilaktyka nie jest objęta finansowaniem przez NFZ i powinna być prowadzona przez szkoły (pedagoga/psychologa szkolnego), poradnie psychologiczno-pedagogiczne i/lub fundacje w ramach

programów finansowanych przez samorządy i Ministerstwo Zdrowia.

W ośmiu poradniach zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży stosowany był program opieki czynnej nad pacjentem z przewlekłym lub ryzykownym przebiegiem choroby, w toku którego ustalany był plan postępowania zespołu terapeutycznego, mający na celu poprawę stanu zdrowia psychicznego (np. stosując farmakoterapię, psychoterapię lub socjoterapię) oraz funkcjonowania w środowisku.

Opieka czynna dotyczyła pacjentów z różnymi postaciami autyzmu (jako zaburzeniem przewlekłym). Realizowana była w formie programu terapeutyczno-rehabilitacyjnego dla osób z autyzmem dziecięcym.

W sześciu poradniach (spośród 13 skontrolowanych) lekarze kierowali pacjentów pierwszorazowych na hospitalizację, by ustalić rozpoznanie⁶⁴.

W toku kontroli szczegółowo przeanalizowano indywidualną dokumentację medyczną („Historia zdrowia i choroby”) łącznie 718 pacjentów⁶⁵ z 13 poradni zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, w tym 453 – pacjentów pierwszorazowych⁶⁶ (63,1%

⁶¹ W tym – 23 268 chłopców (61,4%) i 14 623 dziewcząt (38,6%).

⁶² Według danych NFZ otrzymanych w toku kontroli P/19/058 *Realizacja zadań NFZ w 2018 r.* w skali kraju, według stanu na 31.12.2018, liczba pacjentów oczekujących na leczenie psychiatryczne (udzielenie świadczenia z zakresu psychiatrycznej opieki zdrowotnej) w trybie ambulatoryjnym wynosiła 8263 osoby i była większa od liczby oczekujących – według stanu na 31.12.2017 – o 701 osób, a średni rzeczywisty czas oczekiwania na to świadczenie wydłużył się o dwa dni (w stosunku do roku 2017).

⁶³ Dane o pacjentach pierwszorazowych dotyczą 12 poradni, ponieważ Poradnia w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim nr 2 im. św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie nie prowadziła ewidencji w tym zakresie.

⁶⁴ W Poradni w Olsztynie, Opolu, Zaborze, Warszawie, Rzeszowie i Kędzierzynie-Koźlu.

⁶⁵ W każdej poradni analizowano dokumentację medyczną 20 pacjentów z 2017 r. (w tym co najmniej 10 pacjentów pierwszorazowych), 20 pacjentów z roku 2018 (w tym co najmniej 10 pierwszorazowych) oraz 15 pacjentów (w tym pięciu – pierwszorazowych), którzy zgłosili się do poradni do 31.3.2019.

⁶⁶ Pacjent pierwszorazowy – to osoba zgłaszająca się z danym problemem medycznym po raz pierwszy, niebędąca w planie leczenia w ramach danej komórki organizacyjnej czy świadczenia.



ogółem analizowanych). Analiza wykazała, że poza pewnymi wyjątkami prowadzono ją zgodnie z wymogami określonymi w przepisach upp, rozporządzenia w sprawie DM oraz zgodnie z zarządzeniami Prezesa NFZ⁶⁷.

Finansowanie świadczeń

W toku kontroli ustalono, że poradnie udzielały świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, na podstawie umów zawartych z OW NFZ, na terenie którego były zlokalizowane⁶⁸.

Wartość zakontraktowanych i wykonanych świadczeń finansowanych ze środków NFZ wynosiła łącznie w 13 poradniach objętych kontrolą, odpowiednio w latach 2017, 2018 i I kw. 2019 – 3 698 226 zł i 3 869 283 zł, 3 892 036 zł i 4 243 137 zł oraz 1 035 999 zł i 1 037 199 zł.

W sześciu poradniach nie prowadzono ewidencji analitycznej kosztów poszczególnych świadczeń zdrowotnych.

W 11 poradniach (spośród 13 skontrolowanych) kwoty na finansowanie świadczeń zdrowotnych opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w ramach umów zawartych z OW NFZ, w poszczególnych latach objętych kontrolą, pokrywały

koszty ich udzielania (w dwóch poradniach – na granicy opłacalności), a tym samym nie wystąpiły ograniczenia dotyczące realizacji koniecznych świadczeń oraz metod terapeutycznych pacjentów, spowodowane brakiem środków.

Natomiast ograniczenia w udzielaniu świadczeń występowały w dwóch poradniach.

Nadzór i kontrola działalności poradni

W badanym okresie tylko jedna poradnia⁶⁹ (spośród 13 skontrolowanych) była przedmiotem kontroli konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży (nie wykazała nieprawidłowości w jej funkcjonowaniu) a w czterech poradniach kontrole przeprowadziły OW NFZ (wszystkie kontrole wykazały nieprawidłowości w ich działalności i na dwie z nich nałożono kary umowne za udzielanie świadczeń zdrowotnych niezgodnie z zawartą umową⁷⁰).

Poradnie kontrolowane były również przez stacje sanitarno-epidemiologiczne pod względem spełniania warunków sanitarno-epidemiologicznych (sześć poradni spośród 13) i przez inne organy (cztery poradnie spośród 13).

⁶⁷ § 13 zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (nr 56/2016/DSOZ z 28.6.2016 i nr 41/2018/DSOZ z 23.5.2018). Ustalono, że nie wszystkie świadczenia udzielone pacjentom były wpisane do ich DM. Na przykład w Poradni w Rzeszowie w 2017 r. do rozliczenia przez NFZ przedstawiono 621 świadczeń medycznych, a w DM udokumentowano jedynie 392 (brak wpisów 229 świadczeń) a w 2018 r. rozliczono 556 świadczeń, a do DM wpisano tylko 409 (brak wpisów 147 świadczeń).

⁶⁸ Umowy OW NFZ zawarte były z kierownictwem podmiotów leczniczych, w strukturze których funkcjonowały te poradnie. W dalszej części artykułu ustalenia dotyczące finansowania świadczeń będą odnosiły się bezpośrednio do danej poradni.

⁶⁹ W NZOZ „SENSIMED” Spółka z o.o. w Kędzierzynie-Koźlu.

⁷⁰ Tj. zasadami i warunkami określonymi w zarządzeniu nr 56/2016/DSOZ Prezesa NFZ z 28.6.2016 w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, ze zm.

Wnioski z kontroli

Wyniki kontroli wskazały, że system leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży nie zaspokajał w pełni potrzeb tej populacji pacjentów oraz nie zapewniał kompleksowej i powszechnie dostępnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

We wnioskach do Ministra Zdrowia Najwyższa Izba Kontroli uznała za zasadne:

- wprowadzenie rozwiązań organizacyjno-kadrowych, które ograniczą zróżnicowanie terytorialne w dostępie do świadczeń opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży;
- opracowanie modelu prognozowania zapotrzebowania na lekarzy specjalistów, z uwzględnieniem zmian demograficznych, aby zapewnić niezbędną liczbę

lekarzy, w tym psychiatrów dzieci i młodzieży;

- spowodowanie równomiernego rozmieszczenia ośrodków i miejsc szkoleniowych;
- określenie wskaźników minimalnej liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży, które pozwolą zaspokoić potrzeby w leczeniu stacjonarnym i ambulatoryjnym.

Wnioski Najwyższej Izby Kontroli kierowane do świadczeniodawców dotyczyły w szczególności przestrzegania przepisów dotyczących badanych zagadnień.

MARIA M. GOSTYŃSKA
Departament Zdrowia NIK

Słowa kluczowe: leczenie psychiatryczne, terapia dzieci i młodzieży, małoletni, przymus bezpośredni, zjawiska negatywne (samookaleczenia, agresja, próby samobójcze)

ABSTRACT

Psychiatric Treatment for Kids and Teenagers – Access to Treatment and Organisational and Personnel Solutions

The data on the number of kids and teenagers suffering from mental disorders that require professional help are similar in many countries, and they make about 10 percent of the population. In Poland, this percentage stands at nine at least, which means that the psychiatric and psychological treatment system needs to support about 630,000 kids and teenagers below the age of eighteen. The percentage of suicide attempts among teenagers is also very high. Having this in mind, the auditors of the Supreme Audit Office examined whether such persons were provided with access to psychiatric treatment. The audit covered the years 2017–2019.

Maria M. Gostyńska, Supreme Audit Office, Department of Health

Key words: psychiatric treatment, therapy for children and adolescents, minors, direct coercion, negative phenomena (self-mutilation, aggression, suicide attempts)