

Małgorzata Janas-Kozik

*Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieków Rozwojowych, Katedra Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o.*

Sytuacja psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce w 2016 roku

Aktualne występowanie i obraz zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego

Psychiatria 2017; 14, 1: 61–63

Dane dotyczące odsetka dzieci i młodzieży wykazującego zaburzenia psychiczne, w stopniu wymagającym pomocy profesjonalnej, są dość zgodne w wielu krajach i oscylują w granicach 10% populacji ogólnej dzieci i młodzieży. W Polsce odsetek ten wynosi minimum 9%, co oznacza, że pomocy systemu lecznictwa psychiatrycznego i psychologicznego wymaga około 630 000 dzieci i młodzieży poniżej 18. roku życia.

Występowanie zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży wykazuje tendencję wzrostową, zwłaszcza w zakresie całościowych zaburzeń rozwoju (spektrum zaburzeń autystycznych) oraz zaburzeń zachowania (zwłaszcza wśród dziewcząt). Niepokojąca jest w Polsce liczba dokonanych samobójstw w latach 2012 i 2013, po okresie względnej stabilizacji, oraz dramatyczny wzrost ostrych przyjęć nastolatków po próbach samobójczych na oddziały szpitalne, co wydłuża okres oczekiwania na miejsce w trybie planowym do wielu tygodni.

Należy również podkreślić, że zmienia się obraz kliniczny zaburzeń afektywnych (częściej w ich przebiegu dochodzi do zachowań agresywnych), a także zamierzonych samookaleceń, prób samobójczych w epizodach depresyjnych, co wymaga większego zaangażowania służb psychiatrycznych w leczenie.

Dostępność do usług w dziedzinie zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego

W ostatnich latach dostępność do opieki ambulatoryjnej poprawiła się nieznacznie jedynie w niektórych dużych miastach (posiadających ośrodki szkoleniowe i zwiększoną liczbę specjalistów). W pozostałych regionach

Polski okres oczekiwania na wizytę pierwszorazową do psychiatry i/lub psychologa wynosi nawet do kilku miesięcy, a do psychoterapeuty jeszcze dłużej.

Jest to wynik braku jakichkolwiek zachęt do podejmowania pracy przez specjalistów w mniejszych ośrodkach.

Sytuacja w lecznictwie stacjonarnym jest tylko pozornie dobra. Postulowany przez Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) współczynnik wynosi 0,4 łóżka na 10 000 mieszkańców, obecnie liczba łóżek wynosi zaś 0,34. Należy jednak podkreślić, że ten pozornie niewielki niedobór łóżek w lecznictwie stacjonarnym jest fikcją, gdyż owe 0,4 łóżka na 10 000 zaplanowano dla kraju, w którym miało być 30–80 Centrów Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży — nie ma tymczasem żadnego (pozostaje nadzieja, że w NPOZP 2016–2020 będzie miejsce dla takich form pomocy w psychiatrii dzieci i młodzieży), ponadto 256 zespołów leczenia środowiskowego dla dzieci i młodzieży (są pojedyncze), 17 hosteli dla młodzieży (są pojedyncze) i 3800 miejsc na oddziałach dziennych dla dzieci i młodzieży (jest około 1000). Istniejące oddziały stacjonarne przejmują więc funkcje nieistniejących form pomocy środowiskowej. Powoduje to czas, że oczekiwania na przyjęcie planowe wynosi od 1 do 3 miesięcy. Ponadnormatywne obłożenie oddziałów zagraża bezpieczeństwu pacjentów oraz powoduje nadmierne obciążenie personelu, zatrudnionego w wymiarze „minimum” według Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych (dającym możliwość funkcjonowania placówek przy niedoborach kadrowych).

Niedobór kadry medycznej

Mimo że w ostatnich latach wyraźnie wzrasta liczba specjalistów, co jest niewątpliwie pochodną zwiększenia ilości miejsc specjalizacyjnych oraz adekwatnym do istniejących niedoborów przyznawaniem miejsc

Adres do korespondencji:

Małgorzata Janas-Kozik
Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieków Rozwojowych, Katedra Psychiatrii i Psychoterapii SUM,
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II
w Sosnowcu Sp. z o.o.
ul. Gabrieli Zapolskiej 3, 41–218 Sosnowiec
e-mail: janaskozik@gmail.com

rezydenckich przez Ministerstwo Zdrowia, liczba około 300 specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży wykonujących zawód jest częściowo przeszacowana — część z nich jest w wieku emerytalnym i okołoemerytalnym. Brakuje również informacji o liczbie specjalistów, którzy wyemigrowali do innych krajów Unii Europejskiej.

Dodatkowym, nowym zjawiskiem jest odchodzenie od pracy z dziećmi i młodzieżą osób posiadających zarówno specjalizację z psychiatrii dorosłych, jak i dziecięco-młodzieżowej.

Zasadniczymi czynnikami wpływającymi na zapotrzebowanie na kadry medyczne w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, oprócz rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży ma system pozapsychiatrycznej pomocy dla dzieci i młodzieży z zaburzonym zachowaniem. W Polsce dodatkowe przeciążenie systemu leczenia psychiatrycznego wynika z faktu, że w odróżnieniu od wielu krajów europejskich problemem jest osamotnienie systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej w całościowej opiece nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami zachowania, i z niekorzystnych warunków środowiskowych. Praktycznie nie ma opieki psychologicznej ani pedagogicznej w centrach pomocy rodzinie, poradnie psychologiczno-pedagogiczne zajmują się głównie diagnozą problemów edukacyjnych — dzieci wagarujące, uciekające z domów, agresywne wobec rodziców i nauczycieli kierowane są do poradni i oddziałów psychiatrycznych, nieprzygotowanych lokalowo i kadrowo do zajmowania się dużymi grupami agresywnych nastolatków. Ponadto działanie placówek resocjalizacyjnych (młodzieżowych ośrodków wychowawczych i resocjalizacyjnych) opiera się na przestarzałym założeniu, że mają się zajmować wychowaniem tylko zdemoralizowanych lecz zdrowych psychicznie dzieci i nastolatków, nie świadcząc tym samym pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej. Jest to sprzeczne z istniejącą wiedzą, że ponad połowa dzieci i młodzieży kierowanych do placówek resocjalizacyjnych ma przynajmniej jedną diagnozę psychiatryczną, niewymagającą zwykle hospitalizacji psychiatrycznej, ale leczenia w trybie ambulatoryjnym i oddziaływań psychoterapeutycznych. Ponieważ ośrodki resocjalizacyjne nie oferują pomocy terapeutycznej, pacjenci z samookaleczeniami, uciekający z ośrodków, podejmujący próby samobójcze są przewożeni na oddziały psychiatryczne, które nie mogą mieć dla nich oferty terapeutycznej wobec braku wystarczającej liczby personelu i ograniczeń czasowych pobytu finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Rozwiązaniem do rozważenia jest zatrudnienie psychiatry dzieci i młodzieży jako konsultanta.

Osobnym problemem jest działanie sądów rodzinnych i systemu psychiatrii sądowej dla nieletnich. Przez sądy do oddziałów psychiatrycznych kierowani są nieletni poważnie łamiący normy (sprawcy czynów zabronionych, kontestujący obowiązki, zbuntowani, agresywni, używający narkotyków, pijący alkohol) i podlegający wpływom niewydolnego lub zdemoralizowanego środowiska, opuszczeni, poza kontrolą i wpływem dorosłych, zwykle wymagający przede wszystkim oddziaływań wychowawczych i resocjalizacyjnych, nie zaś wyłącznie leczniczych. System leczenia psychiatrycznego nie może wypełniać zadań wychowawczych i resocjalizacyjnych.

Według założeń NPOZP w Polsce powinien być jeden psychiatra dziecięcy na 100 000 ludzi (czyli ok. 390 czynnych zawodowo psychiatrów dziecięcych). Liczba ta stoi jednak w jaskrawej sprzeczności ze wskazaniami Światowej Organizacji Zdrowia (*Child and adolescent mental health policies and plans. Mental health policy and service guidance package*, WHO 2005), która postuluje, aby dla kraju o średnim poziomie dochodów (*country with a medium level of resources*) liczba psychiatrów dziecięcych wynosiła 10 na 100 000 populacji dzieci i młodzieży, psychologów zatrudnionych w opiece psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży 16 na 100 000, zaś pielęgniarek psychiatrycznych 100 na 100 000.

Przyjmując zalecenia WHO, należy uznać za docelową w Polsce liczbę 700 psychiatrów dzieci i młodzieży (10/100 000 populacji). Obecnie, wskaźnik ten wynosi 3,9/100 000, co pozornie nie jest wartością niską, należy jednak pamiętać o wymienionych powyżej czynnikach — z jednej strony przeszacowanie osób czynnych zawodowo, z drugiej zaś niedostatki pomocy profesjonalnej dla dzieci z zaburzonym zachowaniem w ramach służb społecznych i oświaty.

Kształcenie kadry specjalistycznej a warunki pracy

Zainteresowania szkoleniem w psychiatrii dzieci i młodzieży jest obecnie małe, pomimo dostępności miejsc szkoleniowych. Liczba miejsc szkoleniowych wciąż jest większa niż grono osób chętnych do szkolenia, mimo uznania specjalizacji za deficytową.

Przyczynę tego stanowi między innymi mało atrakcyjne warunki finansowe pracy psychiatry dzieci i młodzieży, wynikająca z poziomu finansowania świadczeń, nadmierne przeciążenie pracą wobec redukcji zatrudnienia na deficytowych (czyli wszystkich) oddziałach. Osobnym problemem jest postępująca pauperyzacja pracy na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, brak pieniędzy na bieżące naprawy, ograniczenia w dostępie

do badań diagnostycznych, ograniczenia czasowe hospitalizacji przez NFZ (przy braku jakichkolwiek procedur odwoławczych), stawiającego lekarza w sytuacji konfliktu między interesem pacjenta a kondycją finansową oddziała.

Finansowanie leczenia stacjonarnego

Nadal mamy do czynienia z niedoszacowaniem psychiatrii dzieci i młodzieży.

Propozycje rozwiązania problemów — w ramach rozwiązań szczegółowych wskazane są:

1. Zmiana finansowania leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży.
2. Stworzenie zachęt finansowych i organizacyjnych dla tworzenia centrów zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, łącznie z powstaniem modelowych centrów zdrowia psychicznego — co podkreśla NPOZP 2016-2020, pod warunkiem uwzględnienia psychiatrii dzieci i młodzieży.
3. Powierzenie psychologom większej roli w zakresie organizacji opieki ambulatoryjnej. Ograniczeniem są tu jednak utrudnienia w kształceniu psychologów klinicznych i psychoterapeutów (brak uregulowań prawnych zawodu psychologa i psychoterapeuty).

Rozwiązania systemowe wymagają oddziaływań międzyresortowych, w tym:

1. Koordynacja działań psychiatrów dziecięco-młodzieżowych z systemem edukacji (MEN) oraz wsparciem społecznym (Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej).
2. Wprowadzenie obowiązku zatrudniania psychologów i psychoterapeutów oraz prowadzenia psychoterapii w placówkach opiekuńczych i resocjalizacyjnych (domach dziecka, młodzieżowych ośrodkach socjoterapii oraz młodzieżowych ośrodkach wychowawczych).
3. Usprawnienie pracy centrów pomocy rodzinie, prowadzenie przez nie pomocy wychowawczej i poradnictwa dla rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym i niewydolnych wychowawczo poprzez asystentów rodzinnych, dysponujących odpowiednim przygotowaniem i czasem.
4. Usprawnienie pracy sądów rodzinnych i opieki kuratorskiej, gdyż część pacjentów zajmuje miejsca w leczeniu psychiatrycznym, oczekując na decyzje sądu dotyczącą ich miejsca pobytu.
5. Wprowadzenie zadań z zakresu terapii rodzin i profilaktyki niedostosowania społecznego do zadań poradni psychologiczno-pedagogicznych oraz ułatwienie dostępu do psychologa szkolnego.