

Konsultant Wojewódzki  
w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży  
dla województwa łódzkiego  
prof. nadzw. dr hab. med. Agnieszka Gmitrowicz

Łódź, 2012-12-02

BIURO RZECZNIKA PRAW PACJENTA	
Wpłynęło:	2012 -12- 0 7 ..... data
Znak:	

Pani  
Rzecznik Praw Pacjenta  
Izabela Jakubczak-Rak

W nawiązaniu do Pani pisma z dnia 19 11 2012 (otrzymanego faksem w dniu 21 11 2012) – RzPP-ZZP-0776-81-4/KAS/12 uprzejmie informuję, że o zmianach i planowanej reorganizacji Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży (OPDiM) Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego (WSP) w Warcie zostałam poinformowana pisemnie po raz pierwszy przez dr med. koordynatora tego oddziału w dniu 23 10 2012. Zmiany dotyczyły wypowiedzenia Pani koordynator Oddziału stanowiska (w dniu 25 09 2012), mimo przedstawienia przez nią planu naprawczego oddziału, ponadto otrzymała propozycję pracy na oddziałach dla dorosłych. Podobne propozycje otrzymały dr med. oraz psychoterapeutka mgr

Spowodowało to rezygnację z świadczenia usług przez Panią koordynator i w/w wykwalifikowane osoby. Pomimo podjęcia 19 10 2012 „ponownie rozmowy z dyrekcją szpitala odnośnie pracy w OPDiM”, wspomniane osoby uzyskały informacje, że „nie jest planowane całkowite zamknięcie w/w oddziału, ale redukcja łóżek do 14”, a „usługi medyczne w tym oddziale będzie świadczył inny specjalista” i „po raz kolejny zaproponowano pracę na oddziale dla dorosłych”.

Po podejmowanych przeze mnie próbach telefonicznego wyjaśnienia sytuacji z p.o. Dyrektorem WSP w Warcie Wiktorem Adamiakiem 30 10 2012 wysłałam faksem pismo z prośbą o pilną odpowiedź na pytania:

*1/ od kiedy są planowane zmiany i jakie na ww. oddziale (w zakresie liczby łóżek, struktury oddziału, programu terapeutyczno-diagnostycznego, zatrudnienia personelu lekarskiego i*

psychologicznego)? oraz 2/ czy oddział będzie świadczył usługi zgodnie z kontraktem dla całego województwa łódzkiego? .

W dniu następnym otrzymałam od Pana Dyrektora „refleksje na temat przedmiotowych doniesień” w tym, że „dodatek koordynacyjny został przyznawany (wcześniej) pomimo niewykonywania kontraktu”, a Pani dr med. „zapropo- nowano – nie odebranie, lecz zmniejszenie wysokości dodatku. W wyniku odmowy przyjęcia zaproponowanych warunków wypowiedziano ww. dodatek koordynacyjny”. W związku z tym, że „rzeczone osoby skorzystały z prawa ...1-miesięcznego wypowiedzenia, szpital został zmuszony (!) do podjęcia niezwłocznych działań dostosowujących strukturę oddziału do norm zatrudnienia” oraz „zamierza wystąpić z wnioskiem do Zarządu Województwa Łódzkiego o likwidację wymienionej komórki” oraz „utworzenie w strukturze jednego z oddziałów psychiatrycznych pododdziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży (o zmniejszonej liczbie łóżek z 34 do 15)”. Uchwała w sprawie przekształcenia OPDiM w pododdział miała być przedstawiona Radzie Społecznej w terminie 15 listopada 2012. Według p.o. Dyrektora „propozycja zmian związana była z urealnieniem liczby łóżek” oraz „szpital dysponuje odpowiednią liczbą personelu aby zabezpieczyć jego działalność”. Natomiast w piśmie z 08 11 2012 do Rzecznika Praw Pacjenta dyrektor WSP w Warcie (otrzymałam kopię) stwierdza jednak, że szpital utracił zdolność do hospitalizowania pacjentów w liczbie zgodnej z dotychczasowym stanem rejestrowym, w związku z wypowiedzeniem przez 2 lekarzy umów. Ponadto do mnie jako konsultanta nie wpłynęła żadna pisemna prośba o uzyskanie opinii nt. wprowadzania zmian do statutu jednostki. Ponadto przedstawione wskaźniki w tabeli 2 ww. pisma odnoszą się do łóżek rejestrowych (34), a nie kontraktowych (28), co jest niezgodne z wyliczaniem tzw. wykonań.

Wykazane dalej przez p.o. Dyrektora straty nie świadczą w ogóle o złym zarządzaniu oddziałem, a są jedynie odzwierciedleniem znacznego niedofinansowania psychiatrycznego leczenia stacjonarnego dzieci i młodzieży.

Z danych przekazanych przez Konsultanta Krajowego prof. Tomasza Wolańczyka, we wrześniu 2012, Konsultantom Wojewódzkim wynika, że finansowanie wspomnianych placówek w Polsce jest na poziomie około 70% (w efekcie nawet przy 100% obłożeniu żaden oddział w Polsce nie bilansuje się). Wynika to m.in. z niskiej wyceny za punkt w rozliczeniu osobodnia.

W związku z rozbieżnościami w prezentowanych analizach sytuacji w zakresie zależności przyczynowo-skutkowej, jak również brakiem informacji o wstrzymaniu przyjęć na ww. oddział oraz napływem nowych informacji dot. WSP w Warcie podanymi poniżej:

1/ 16 11 2012 w Gazecie Wyborczej został ogłoszony konkurs na dyrektora w WSP w Warcie,

2/ osobiste zgłoszenie w dniu 14 11 2012 przez obecnego koordynatora specj. psychiatrę dzieci i młodzieży rozpoczęcia remontu OPDiM w Warcie i konieczności redukcji łóżek do 15 oraz przedstawienie aktualnego planu zajęć OPDiM, w którym nie są uwzględnione zajęcia szkolne,

3/ w ramach renegotjacji z NFZ jednak nie doszło do zmniejszenia liczby zakontraktowanych łóżek na OPDiM, co faktycznie może wskazywać na niedobory kadrowe i konieczność pilnego zatrudnienia lekarzy psychiatrów i psychologów<sup>1</sup>;

**planuję przeprowadzenie jeszcze w tym roku ponownej kontroli na OPDiM w WSP w Warcie.**

Poprzednia kontrola w czerwcu br. nie wykazała żadnych uchybień, wręcz przeciwnie, potwierdziła profesjonalizm i zaangażowanie pracującego wtedy zespołu terapeutycznego w leczenie pacjentów, dużą dbałość o poziom świadczonych usług, a także potencjał naukowy. Zorganizowana w 2012 roku przez zespół OPDiM druga ogólnopolska konferencja naukowa cieszyła się dużą frekwencją i uznaniem uczestników (wśród wykładowców byli profesorowie z Polski i goście zagraniczni).

**Odnosząc się teraz do Pani prośby o opinię (o ile ma ona jeszcze zastosowanie) uprzejmie informuję, że:**

1/ zmniejszenie liczby łóżek w OPDiM w Warcie mogłoby znacząco obniżyć dostęp do psychiatrycznych świadczeń dla dzieci i młodzieży w trybie stacjonarnym w województwie łódzkim, szczególnie w ostatnim i 1. kwartale każdego roku, z uwagi na udokumentowaną od wielu lat sezonowość przyjęć (spadek przyjęć w okresie wakacji).

---

<sup>1</sup> ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 29 kwietnia 2011 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach Stacjonarnych psychiatrycznych oraz warunki ich realizacji.

Ponadto często zachodzi konieczność przenoszenia pomiędzy oddziałami w regionie łódzkim nieletnich pacjentów agresywnych i autoagresywnych wymagających hospitalizacji (w tym z zaburzeniami zachowania), z uwagi na konieczność rozdzielania nieletnich sprawców od ofiar oraz w sytuacjach, w których dochodzi nasilania się i kumulowania w społeczności pacjentów zachowań opozycyjnych i buntowniczych (typowy efekt naśladownictwa).

2/ odnośnie „korzyści” połączenia dzieci i młodzieży z chorymi psychicznie kobietami, jako kontrargument wskażę najpierw oczywisty aspekt pedagogiczny – dzieci wymagają innych warunków nauczania i innych oddziaływań, uwzględniających specyfikę rozwojową (dzieci nie uczęszczają np. do wieczorowych szkół dla dorosłych), oraz na aspekt czysto psychiatryczny wynikający z Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego<sup>2</sup>, nakładający na świadczeniodawcę obowiązek zapewnienia godnych warunków leczenia oraz najmniejszej uciążliwości dla pacjenta; ponadto nie ma podstaw klinicznych, ani naukowych, aby wdrażać „integracyjny model leczenia, polegający na połączeniu oddziału młodzieżowego z oddziałem dla kobiet”.<sup>3</sup> Model integracyjny w psychiatrii dzieci i młodzieży polega na łączeniu metod terapii, a nie zróżnicowanych wiekowo grup pacjentów.

Kobiety hospitalizowane psychiatrycznie wymagają tego leczenia z powodu różnych poważnych zaburzeń psychicznych (w tym afektywnych, psychotycznych, organicznych, osobowości, w przebiegu używania substancji), które mogą współistnieć z utrwalonymi wzorcami zaburzonych zachowań, w tym z demoralizacją. Nie daje to podstaw do wnioskowania, że kontakt młodzieży z dorosłymi zwiększa „szansę na rozwój...”. Każdy terapeuta rodzinny wie, że nawet w rodzinach nie obciążonych patologią spotkania rodzinne wymagają dużej uważności terapeutów, żeby dziecko, które jest pacjentem zostało właściwie wysłuchane i odpowiednio potraktowane przez własnych rodziców. Trudno oczekiwać takiej umiejętności od osób, które same zmagają się z chorobą psychiczną.

---

<sup>2</sup> Dz.U.94.111.535 z późn. zm. USTAWA z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. (Dz. U. z dnia 20 października 1994 r.) Art. 12. *Przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego bierze się pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi i dąży do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla tej osoby uciążliwy.*

<sup>3</sup> Izabela Łucka i wsp. *Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego AM w Gdańsku: Multidyscyplinarny system leczenia stacjonarnego dzieci i młodzieży* Copyright 2008 Via Medica Psychiatria tom 5, nr 3, 105–110.

W wyjątkowych sytuacjach (np. w bardzo trudnych warunkach lokalowych, podczas remontów), można rozważać w szpitalu psychiatrycznym **wydzielenie pododdziału dla dzieci i młodzieży**, ale z odrębnym personelem, własną dyżurką pielęgniarską, salą lekcyjną oraz terapii zajęciowej, jadalnią i wyraźnym podziałem (np. za pomocą ścianki działowej z drzwiami).

Na zakończenie (zgodnie z ustną prośbą), **załączam kilka uwag na temat kluczowych zagadnień w psychiatrii dzieci i młodzieży**, które mogą być źródłem trudności podczas realizowania świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży:

1/ odrębność okresu dorastania i specyfika tego okresu (typowe postawy buntu, przeciwstawianie się autorytetom, słabe umiejętności społeczne, niedojrzałe mechanizmy radzenia sobie);

2/ konieczna jest specjalistyczna wiedza całego personelu medycznego nt. odmienności psychopatologii i jej uwarunkowań w okresie rozwojowym, w tym agresji jako objawu w przebiegu różnych zaburzeń psychicznych oraz standardów postępowania wobec nieletniego pacjenta (w tym agresywnego), ponieważ nieletni pacjenci z zaburzeniami zachowania i emocji ze względu na częste stwarzanie zagrożenia dla innych i/lub autoagresję wymagają hospitalizacji w trybie nagłym (zgodnie z Ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego);

3/ jeżeli nie ma wyroku Sądu, nieletnich pacjentów z zaburzeniami zachowania (stanowiących zagrożenie dla innych) nie można przestać do Oddziałów Psychiatrii Sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla młodzieży, co skutkuje koniecznością łączenia ofiar przemocy i sprawców w stacjonarnych oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży; ponadto brak ośrodków interwencji kryzysowej oraz ośrodków resocjalizacyjnych dla populacji rozwojowej ze stałą opieką psychiatryczną, co powoduje obciążenie oddziałów terapeutycznych przyjęciami młodzieży z ciężkimi zaburzeniami zachowania,

4/ konieczność sprawowania na psychiatrycznych oddziałach stacjonarnych dla dzieci i młodzieży całodziennej opieki psychologiczno-pedagogicznej nad nieletnimi pacjentami oraz dawania im oferty oddziaływań pozafarmakologicznych (typu arteterapia, kinezyterapia), co nie wchodzi w ogóle w zakres świadczeń finansowanych przez NFZ,

5/ słaby rozwój psychiatrycznej opieki środowiskowej (typu ambulatoria, oddziały dzienne, hostele, hospitalizacje domowe),

6/ złe finansowanie ośrodków szpitalnych przez NFZ:

- a. płacone jest nie za procedury, tylko za osobodni, co przy powtarzających się rokrocznie w okresach wakacyjnych spadkach liczby przyjęć do oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży powoduje, że stają się one bardziej deficytowe (Dyrektorzy Szpitali zapowiadają zamykanie takich oddziałów lub redukują liczbę personelu);
- b. ponadto oddziały te generują zdecydowanie wyższe koszty z uwagi na konieczność stosowania zgodnie ze standardami leczenia – psychoterapii (rodzinnej, indywidualnej i grupowej ), przepustek oraz konieczność zagospodarowania większej powierzchni użytkowej na sale lekcyjne i zajęcia ruchowe, w porównaniu z psychiatrią dorosłych;
- c. dodatkowo, poza okresem wakacji, na oddziały szpitalne dla dzieci i młodzieży, przyjmowanych jest około 2 razy więcej pacjentów niż na oddziały dla dorosłych, z uwagi na zdecydowanie krótsze hospitalizacje, co wiąże się ze znacznie większym nakładem pracy personelu.

7/ brak uregulowań prawnych dla zawodu psychoterapeuty, jak również źródeł wsparcia finansowego dla kształcących się psychologów klinicznych i psychoterapeutów, co ogranicza możliwość realizowania leczenia populacji rozwojowej według światowych standardów (wymóg m.in. kompleksowych oddziaływań psychoterapeutycznych, w tym terapii indywidualnej i rodzinnej),

8/ niedostateczna liczba psychiatrów dzieci i młodzieży (na co składa się wiele przyczyn, w tym odpływ kadry z uwagi na wyjątkowo ciężkie warunki pracy i niskie płace).

Z wyrazami szacunku

KONSULTANT WOJEWÓDZKI  
w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży  
dla województwa łódzkiego  
Dr hab.n.med.prof.nadzw. Agnieszka Gmińrowicz

Do wiadomości:

1/ Dyrektor WCZP Jolanta Pustelnik

2/ Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży

Prof. Tomasz Wolańczyk