

Prof. dr hab. n. med. Urszula Demkow

r.pr. Miłostława Zagłoba

dr hab. n. med. Cezary Pakulski

Prof. dr hab. n. med. Piotr Wiland

lek. med. Piotr Piskorz

dr n. biol. Przemysław Duda

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA DLA DOROSŁYCH

ORAZ

OPIEKA PSYCHOLOGICZNO-PSYCHIATRYCZNA DLA DZIECI I MŁODZIEŻY

1. OPIEKA PSYCHIATRYCZNA – DLACZEGO TO TAK WAŻNY PROBLEM?

Zaburzenia psychiczne są w Polsce poważnym i narastającym problemem. Coraz częściej traktowane są jako choroba cywilizacyjna XXI wieku¹. Dane pochodzące z jednostek sprawujących opiekę psychiatryczną wskazują na **coraz liczniejsze przypadki zachorowań lub tylko przejściowego pogorszenia dobrostanu psychicznego.**

Szacuje się, że **około 8 mln Polaków cierpi na zaburzenia psychiczne.** W populacji osób dorosłych do najczęściej rejestrowanych należą zaburzenia związane z nadużywaniem przyjmowania i uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, zaburzenia nerwicowe i stany lękowe oraz zaburzenia nastroju (głównie depresja). Rejestrowane są też coraz częściej osoby z zaburzeniami osobowości, zachorowania na schizofrenię i chorobę afektywną dwubiegunową.

Ostatni rok to u dorosłych coraz więcej przypadków zespołu stresu pourazowego. Według badania EZOP (*Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej*) **około 24% dorosłych Polaków w wieku produkcyjnym, to jest od 18 do 64 lat, w czasie badania lub kiedykolwiek w życiu miało objawy zaburzenia psychicznego².**

Dane europejskie wskazują, że **27% Europejczyków co najmniej raz w roku ma jakieś objawy świadczące o zaburzeniach zdrowia psychicznego.** Wydaje się, że dane europejskie są bliższe prawdzie. Coraz częściej lekarze psychiatrzy wskazują, że u każdego z nas, w którymś momencie naszego życia, może pojawić się stan przejściowego pogorszenia dobrostanu psychicznego lub zagrożenie istotnym problemem psychiatrycznym. Spośród wszystkich wymienionych **depresja znajduje się na liście 20 najważniejszych przyczyn niepełnosprawności³.**

1 https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/175/plik/ot-674_zdrowie_psychiczne.pdf

2 <https://ezop.edu.pl/wyniki/>

3 https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/175/plik/ot-674_zdrowie_psychiczne.pdf

Samobójstwa stały się drugą po następstwach urazów przyczyną zgonów w populacji nastolatków.

Od roku 2013 liczba prób samobójczych podejmowanych przez dzieci i młodzież w grupie wiekowej między 13-18 lat zwiększyła się (z 348 prób w roku 2013 do 951 prób w roku 2019). W latach 2017-2019 odebrać sobie życie próbowało niemal 2 tysiące małych dzieci, a 250 tych zamachów samobójczych skończyło się zgonem (98 w roku 2019). W roku 2017 zamachy samobójcze stanowiły przyczynę blisko 20% spośród wszystkich zgonów wśród nastolatków⁴. W roku 2018 w grupie wiekowej 10-19 lat odnotowano średnio 3 skuteczne samobójstwa na każde 100 tys. osób tej populacji. To tylko wartość średnia dla obszaru całej Polski. Są w Polsce takie obszary, takie województwa, w których częstość dokonanych samobójstw jest dużo większa: województwo lubuskie – 7,5 samobójstwa na każde 100 tys. mieszkańców danej populacji, a w województwie warmińsko-mazurskim 7,4 samobójstwa na każde 100 tys. mieszkańców danej populacji. W województwach świętokrzyskim i opolskim odsetek dokonanych samobójstw jest mniejszy niż 3 na każde 100 tys. mieszkańców danej populacji [4]. W roku 2018 próby samobójcze podjęło 26 dzieci w wieku 7-12 lat. Liczbę dzieci, które z rozmaitych przyczyn mogą wymagać kontaktu z opieką psychologiczno-psychiatryczną ocenia się na 630 tysięcy. Dla tych 630 tysięcy dzieci państwo polskie przygotowało miejsca w 34 oddziałach szpitalnych i 465 czynnych zawodowo psychiatrów dziecięcych (dane Naczelnej Izby Lekarskiej na dzień 31.01.2021)⁵.

Co ważne, **dzieci wymagających pomocy psychologiczno-psychiatrycznej z roku na rok jest coraz więcej**. Wynika to z narastających problemów w komunikacji pomiędzy dziećmi a ich rodzicami oraz pomiędzy samymi dziećmi w kontaktach rówieśniczych. **Coraz częściej zdarza się, że pierwszy kontakt dziecka z psychologiem klinicznym i/lub lekarzem psychiatrą ma miejsce dopiero w psychiatrycznym oddziale zamkniętym.**

Pandemia spowodowana wirusem SARS-CoV-2 spowodowała, że u wielu pacjentów zakażonych lub podejrzanych o zakażenie pojawiły się problemy na tle psychicznym. **Choroba COVID-19 może powodować wystąpienie takich objawów jak niepokój, depresja, zaburzenia snu. Może też zaostrzać przebieg choroby lub wywoływać kolejne rzuty u pacjentów z już wcześniej istniejącymi problemami psychicznymi.**

W populacji dzieci i młodzieży głównymi przyczynami konieczności poszukiwania pomocy psychologiczno-psychiatrycznej są: długi okres utraty kontaktu z rówieśnikami i znajomymi, zakaz samodzielnego opuszczania miejsca zamieszkania przez małych dzieci młodszych niż 16 lat, utrata nadzoru przez opiekunów nad dziećmi pozostawionymi w domu, co teraz może skutkować problemami wynikającymi z uzależnienia cyfrowego. **Problemy psychiczne pozostające w związku z COVID-19 mogą się pojawić również pracowników ochrony zdrowia mających bezpośredni kontakt z pacjentami, czy u ich bliskich.** Jak dotąd, w zgłoszonych przypadkach dotyczących zaburzeń dobrostanu psychicznego pracowników ochrony zdrowia wymienia się: zespół stresu „pourazowego”, depresję, niepokój i bezsenność⁶.

4 <https://www.politykazdrowotna.com/48211,umieralnosc-w-polsce-najczestsze-przyczyny-zgonow>

5 https://nil.org.pl/uploaded_files/1612515298_zestawienie-nr-04.pdf

6 <https://www.medicover.pl/o-zdrowiu/koronawirus-covid-19-a-problemy-psychiczne,6939,n,192>

2. JAKI JEST RZECZYWISTY STOSUNEK RZĄDZĄCYCH DO PSYCHIATRII DOROSŁYCH ORAZ PSYCHIATRII DOROSŁYCH I PSYCHIATRII DZIECI I MŁODZIEŻY?

Od kilku lat rządzący przedstawiają naprawę psychiatrii dorosłych oraz psychiatrii dzieci i młodzieży jako jedno ze swoich priorytetowych zadań w zakresie ochrony zdrowia. Trudno jednak w to uwierzyć, kiedy popatrzy się na wysokość finansowania tej dziedziny medycyny.

Na całą opiekę psychiatryczną, w tym również leczenie uzależnień (wspólnie dorośli i dzieci) od lat przeznaczają się 3,4%-3,5% z całego budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, z czego jedynie 0,7% całego budżetu na zdrowie to środki dedykowane dzieciom.

To było regułą również przed przejściem rządu przez PIS, co wyjaśnia genezę kadrowej, lokalowej, sprzętowej i finansowej katastrofy psychiatrii jako całej dziedziny medycyny, a w szczególności psychiatrii dzieci i młodzieży. **Tak niski poziom finansowania nie tylko nie pozwala na prowadzenie działań naprawczych w zakresie psychiatrii dorosłych, młodzieży i dzieci.** On nie pozwala na utrzymanie dostępności do zdrowotnych świadczeń z zakresu psychiatrii nawet na dotychczasowym poziomie. Niestety może być jeszcze gorzej.

W Rocznym Planie Finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2021, na całą opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień przeznaczono 3,167 mld PLN (3,32% ogółu finansów na zdrowie). To o 111 milionów mniej niż w roku 2020⁷.

Reakcją Senatu RP na obniżenie wielkości finansowania opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w rocznym planie finansowym NFZ były poprawki do budżetu dedykowane psychiatrii dzieci i młodzieży. Po ich odrzuceniu przez Sejm, z powodu licznych niepocholebnych komentarzy opinii publicznej, w dniu **20 stycznia 2021 roku Premier Mateusz Morawiecki przedstawił dodatkowy program wsparcia psychiatrii dzieci i młodzieży na kwotę 220 mln PLN.** Uzasadniając program wsparcia, powiedział, że *Wyzwania cywilizacyjne, to nie tylko walka z pandemią czy troska o odbudowę gospodarki. To także walka o zdrowie psychiczne oraz dbałość o system psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej, a także inwestowanie środków w ten system. Musimy wyciągnąć przyjazną dłoń do dzieci i młodzieży. Dzieci są dziś narażone na wiele ryzyk. Ataki, hejt czy nienawiść. Dochodzi przez to do problemów autodestrukcyjnych i psychicznych. Często dzieci poddawane są nadmiernej presji i rywalizacji. Problemy te są wyjątkowo widoczne w czasie pandemii. Podkreślił, że nie ma dziś ważniejszej sprawy niż troska o los dzieci i młodzieży oraz systemowa poprawa całego obszaru związanego z poradnictwem dla dzieci i młodzieży. Właśnie dlatego rząd przeznaczy 220 mln zł na: (-) poprawę infrastruktury i unowocześnienie placówek; (-) uruchomienie bezpłatnej całodobowej infolinii; (-) zwiększone świadczenia i szkolenia; (-) uruchomienie programu profilaktyki uzależnień cyfrowych.* Z kolei Minister Zdrowia Adam Niedzielski zapewnił, że *Ten rok (2020) to czas na zmiany w świecie psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej. W perspektywie roku będziemy w zupełnie innym świecie w psychiatrii dziecięcej. Gdzie każda młoda osoba, każdy rodzic będzie wiedział, że w każdym powiecie może zgłosić się do lokalnego*

7 <https://www.termidia.pl/mz/Dr-Rafal-Zysk-analizuje-plan-finansowy-NFZ-na-2021-r-41316.html>

ośrodka ze swoimi problemami lub problemami swoich dzieci⁸. Niestety, **oceniając wielkość finansowania oraz kolejne zmiany** w treści Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. 2019 poz. 1285) i innych przepisów, w oparciu o które reformuje się psychiatrię dzieci i młodzieży, **kontynuowanie tych reform, również w przypadku psychiatrii dorosłych nie jest możliwe**⁹.

Nawet jeśli w ciągu roku psychiatria dzieci i młodzieży otrzyma od rządzących obiecane 220 mln PLN, **całkowite finansowanie psychiatrii w 2021 nie przekroczy poziomu 3,5% budżetu NFZ na zdrowie**.

Nadzieję na faktyczną, a nie tylko zapowiadaną, zmianę podejścia do psychiatrii jako dziedziny medycyny stał się **Narodowy Program Odbudowy Zdrowia Polaków**, którego uruchomienie w roku 2021 zostało zapowiedziane przez Ministra Zdrowia Adama Niedzielskiego 18 listopada 2020 roku. **Jednym z pięciu zadań**, których realizacja została wpisana w Narodowy Program Odbudowy Zdrowia Polaków, **było wzmocnienie ochrony zdrowia psychicznego** (pozostałe to: Krajowa Sieć Onkologiczna, Krajowa Sieć Kardiologiczna, zdjęcie limitów z Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS) i realizacja projektu „Profilaktyka 40 plus”).

Według tego „recovery plan”, **wzmocnienie ochrony zdrowia psychicznego miało polegać na rozbudowie opieki środowiskowej** w zakresie zdrowia psychicznego **dzieci i młodzieży** oraz na **przedłużeniu pilotażu opieki środowiskowej dla dorosłych**¹⁰.

Rzeczywiste intencje rządzących wobec psychiatrii mogliśmy jednak poznać dopiero 11 lutego 2021 roku. W tym dniu ogłoszony został po raz kolejny **Narodowy Program Odbudowy Zdrowia Polaków**, któremu tym razem dla niepoznaki zmieniono nazwę na **Plan Odbudowy Zdrowia Polaków**. W nowej wersji w dalszym ciągu do realizacji pozostawiono pięć zadań. Cztery z nich są identyczne w stosunku do wersji z listopada 2020 roku: Krajowa Sieć Onkologiczna, Krajowa Sieć Kardiologiczna, zdjęcie limitów z AOS i realizacja projektu „Profilaktyka 40 plus”.

Ministerstwo Zdrowia dokonało jednak jednej zmiany – kluczowej dla odpowiedzi na pytanie, czy opieka psychiatryczna sprawowana nad dziećmi, młodzieżą i dorosłymi należy do priorytetowych zadań w zakresie ochrony zdrowia. **Punkt o wzmocnieniu ochrony zdrowia psychicznego został zastąpiony przez opiekę i rehabilitację pocovidową**.

Projekt opieki i rehabilitacji pocovidowej nie jest gotowy i dopiero będzie w Ministerstwie Zdrowia przygotowywany (z udziałem Krajowej Izby Fizjoterapeutów)¹¹.

Dobrym podsumowaniem tego podejścia jest **stanowisko Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w Polsce**, według którego **brak koordynacji działań i prowadzenia spójnej polityki zdrowotnej w celu osiągnięcia poprawy jakości ochrony zdrowia psychicznego w Polsce**¹². Przykładem jest artykuł 15 punkt 3 ustawy z dnia 16 lipca

8 <https://www.gov.pl/web/premier/220-mln-zi-na-opieke-psychiatryczna-dla-dzieci-i-mlodziezy>

9 <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001285>

10 <https://www.medexpress.pl/mz-bedzie-narodowy-program-odbudowy-zdrowia-polakow/79674>

11 <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/wywiad-a-niedzielski-o-finansach-na-zdrowie-placach-diagnostyce>

12 <https://www.facebook.com/polskietowarzystwopsychiatryczne/photos/a.855825497769013/3990695>

2020 roku o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2020.514), zgodnie z którym staż w zakresie psychiatrii nie został zaliczony do części staży podyplomowego¹³. Utrzymanie tych zmian, przy obserwowanej wzrastającej częstotliwości występowania nowych przypadków zaburzeń dobrostanu psychiatrycznego u dorosłych i u dzieci, będzie prowadziło do obniżenia kompetencji lekarzy w opiece nad osobami z zaburzeniami psychicznymi oraz będzie skutkowało mnożeniem liczby konsultacji psychiatrycznych.

3. PROPOZYCJE POPRAWY WARUNKÓW FINANSOWANIA, ZASAD FUNKCJONOWANIA OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ I LECZENIA UZALEŻNIEŃ DLA DOROSŁYCH ORAZ OPIEKI PSYCHOLOGICZNO-PSYCHIATRYCZNEJ DLA DZIECI I MŁODZIEŻY

Jak już wcześniej wskazano, na całą opiekę psychiatryczną, w tym również leczenie uzależnień (wspólnie dorośli i dzieci) od lat przeznaczana jest mniej niż 3,5% z całego budżetu na zdrowie.

Na całą psychiatrię w Polsce potrzeba nakładów w wysokości minimum 5% budżetu NFZ na zdrowie, a w latach kolejnych nawet 6% budżetu NFZ. Niemcy na finansowanie opieki psychiatrycznej dla wszystkich potrzebujących tego swoich obywateli wydają 10% swoich środków finansowych na zdrowie. W roku 2020 budżet całej psychiatrii wynosił 3,278 mld PLN.

W 2021 r. na opiekę psychiatryczną dorosłych dzieci i młodzieży oraz leczenie uzależnień zaplanowano 3,167 mld PLN. To środki zdecydowanie niewystarczające, żeby uzyskać jakkolwiek poprawę jakości świadczonych usług.

W związku z tym należy:

- a. w aktualnym **planie finansowym NFZ na 2021 r. zwiększyć finansowanie opieki psychiatrycznej** (pozycja B2.4) **o 1,0 mld PLN,**
- b. w rocznym planie finansowym NFZ **na rok 2022 zaplanować zwiększenie finansowania opieki psychiatrycznej** (pozycja B2.4) **o 1,7 mld PLN** (psychiatria dorosłych wzrost o 1 mld PLN i psychiatria dzieci i młodzieży wzrost o 0,7 mld PLN),
- c. **wydzielić do osobnego finansowania środki na leczenie uzależnień dorosłych** (utworzenie w planie finansowym NFZ na rok 2022 pozycji B2.4.1),
- d. **zwiększyć subwencję oświatową w kwocie pokrywającej koszty zatrudnienia w szkołach psychologów,** a w przypadku ich braku, na dodatki dla nauczycieli, pielęgniarki szkolne i higienistki szkolne, którzy/które w długim okresie przejściowym będą psychologów zastępować,
- e. **zakreślić termin zakończenia działań reformatorskich na koniec roku 2025.** Realizacja tego założenia pozostaje **w ścisłej zależności ze zwiększeniem finansowania opieki psychiatrycznej dzieci, młodzieży i dorosłych o 1,7 mld PLN w każdym roku.**

Jako źródło finansowania zmian w roku 2021 proponujemy pozycję B2.17 w Rocznym Planie Finansowym NFZ na rok 2021 (rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych)¹⁴. Pozycja B2.17 w Planie wynosi 3,552 mld PLN i są to nowe środki (w roku poprzednim budżet pozycji B2.17 wynosił 0 PLN)¹⁵.

Program kompleksowego przemodelowania całego systemu opieki psychiatrycznej dla dorosłych, dzieci i młodzieży **powinien zostać ponownie wpisany do Planu odbudowy Zdrowia Polaków** po pandemii i do zakończenia realizacji projektu w Planie powinien w nim pozostać.

3.A. OPIEKA PSYCHIATRYCZNA NAD DOROSŁYMI

W opiece psychiatrycznej nad dorosłymi od kilku lat w formie pilotażu wprowadzany jest program tworzenia Centrów Zdrowia Psychicznego.

Jest to program opracowany przez specjalistów psychiatrii, zarządzany przez dr. Marka Balickiego (doradca Ministra Zdrowia ds. psychiatrii), dobrze skonstruowany, obudowany finansowaniem ryczałtowym i zaawansowany w realizacji¹⁶. Wersja pilotażowa programu polega na tym, że w danej lokalizacji tworzone są od razu i uruchamiane jednocześnie wszystkie poziomy opieki psychiatrycznej dla dorosłych. **Obecnie na obszarze kraju**

14 <https://www.termedia.pl/pobierz/009bd61c296058abee35773cf9f96ab7/>

15 <https://www.termedia.pl/pobierz/Oe45186e5adc4e7bc824203be4af0a8e/>

16 <https://www.facebook.com/polskietowarzystwopsychiatryczne/photos/a.855825497769013/4049113138440217/>

funkcjonuje około 40 Centrów Zdrowia Psychicznego, które zabezpieczają nadzór i opiekę psychiatryczną nad populacją 10% dorosłych mieszkańców kraju.

Według opracowanego harmonogramu, zakończenie programu z uruchomieniem 300 Centrów Zdrowia Psychicznego oraz uruchomieniem ośrodków referencyjnych i specjalnych jest przewidywane do 31 grudnia 2027 roku¹⁷. Podstawą prawną dla powołania Centrów Zdrowia Psychicznego jest Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz.U.2018.852)¹⁸.

Główną zaletą Centrum Zdrowia Psychicznego, oprócz zupełnie odmiennej niż dotychczasowe struktury, jest forma finansowania „z góry”, ryczałtem, na zapewnienie opieki psychiatrycznej w pełnym zakresie, zamiast, jak w pozostałej części systemu, za każde wykonane świadczenie medyczne. Centrum Zdrowia Psychicznego, które działa na obszarze zamieszkiwanym przez 100-150 tysięcy mieszkańców, jest finansowane ryczałtem w wysokości 80 złotych za 1 mieszkańca na rok. Wielkość finansowania nie zależy od liczby wykonanych świadczeń.

Dla 150 tysięcy osób mieszkających na obszarze obejmowanym opieką psychiatryczną przez Centrum do dyspozycji jest 12 mln PLN rocznego budżetu, który musi wystarczyć na pełnoprofilowe udzielenie pomocy psychiatrycznej na każdym szczeblu dla wszystkich swoich mieszkańców, bez możliwości odmowy, czy skierowania w inne miejsce.

Taki sposób bezlimitowego sposobu finansowania psychiatrii dorosłych spowodował, że niemal natychmiast po uruchomieniu Centrum Zdrowia Psychicznego w konkretnej lokalizacji, rozwiązany został problem kolejek do lekarzy, terapeutów środowiskowych, psychoterapeutów i zniknął problem braku wolnych miejsc w szpitalu do leczenia pilnych przypadków. W przypadku pierwotnie psychiatrycznie „zaniedbanej” dzielnicy Warszawy – Wola ten proces trwał niecały rok¹⁹. Wcześniej wszystkie elementy systemu opieki psychiatrycznej miały swoje osobne kontrakty, z określonym limitem świadczeń do wykonania, które to limity musiały zostać wykonane, żeby otrzymać należne finansowanie. Jeżeli jednostka nie wykonała określonego limitu świadczeń, istniało ryzyko zmniejszenia kontraktu na rok następny. Jeżeli wykonano świadczeń więcej niż było zakontraktowanych (bo takie okazały się rzeczywiste potrzeby zdrowotne), za świadczenia ponadlimitowe NFZ nie płacił tzw. nadwykonań.

W dalszym ciągu w taki sposób finansowanych jest przez NFZ 90% obszaru Polski, z brakiem dostępności, z kolejkami, z koniecznością wydatkowania środków prywatnych na uzyskanie porady lekarskiej w prywatnym sektorze systemu ochrony zdrowia. Tutaj kolejki również coraz częściej się pojawiają i wydłużają.

Centra Zdrowia Psychicznego są „żywym” przykładem, że świat bez Narodowego Funduszu Zdrowia, bez procedur, limitów i wskaźników jest możliwy i jest lepszy.

Sercem systemu jest Punkt Zgłoszeniowo-Konsultacyjny (PZK), który działa na poziomie Poradni Zdrowia Psychicznego i jest zobowiązany przyjąć każdego chorego zgłaszającego

17 <https://www.termedia.pl/mz/Marek-Balicki-o-odbudowie-zdrowia-psychicznego-Polakow-,40487.html>

18 <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180000852>

19 <https://www.medexpress.pl/marek-balicki-o-pilotazu-centrow-zdrowia-psychicznego-pozytywne-efekty-przekroczyly-nasze-oczekiwania/75187>

się z poczuciem konieczności udzielenia pomocy psychiatrycznej.

W PZK dyżuruje personel medyczny: psychologowie, pielęgniarki psychiatryczne, terapeuci środowiskowi. W zależności od sytuacji PZK udziela informacji lub dokonuje wstępnej oceny stanu zdrowia psychicznego i ustala wstępny plan działania. Jeśli przypadek ma charakter pilny, ustalana jest możliwość wizyty u lekarza psychiatry i rozpoczęcie leczenia zaczyna się nie później niż w ciągu trzech dni od zgłoszenia. Jeden punkt zgłoszeniowo-konsultacyjny przypada na populację 80 tysięcy mieszkańców powyżej 18 roku życia (maksymalnie 80 tysięcy). Do szczegółowego określenia pozostaje kwestia skutecznego sposobu uwzględnienia i rozliczenia osób na danym terenie zamieszkałych, a nie zameldowanych.

Na Centrum Zdrowia psychicznego składają się 4 poziomy opieki:

1. Poradnia Zdrowia Psychicznego z Punktem zgłoszeniowo-konsultacyjnym (poziom ambulatoryjny)
2. Oddział dzienny psychiatryczny
3. Zespół leczenia środowiskowego (domowego)
4. Oddział psychiatryczny (świadczenia psychiatryczne stacjonarne)

Zorganizowanie pełnego systemu opieki psychiatrycznej wymaga utworzenia:

- utworzenia 300 Centrów Zdrowia Psychicznego
- 18 do 20 ośrodków klinicznych (III stopień referencyjności) – w każdym województwie jeden ośrodek, w kilku największych miastach dwa
- 3 do 5 ośrodków specjalistycznych do prowadzenia szczególnych programów zdrowotnych (lęk, zmiany osobowości, niedożywienie).

Na większości obszaru Polski Centrum Zdrowia Psychicznego to niestety wciąż nieokreślona przyszłość.

Program tworzenia Centrów Zdrowia Psychicznego należy wspierać i promować w taki sposób, żeby możliwe było jego szybsze niż obecnie planowane zakończenie. Można i należy wnioskować o przyspieszenie procesu wyznaczania kolejnych Centrów Zdrowia Psychicznego, **tak żeby do końca roku 2024 zreformowana opieka psychiatryczna nad dorosłymi objęła mieszkańców całego kraju. Zadanie to jest możliwe do zrealizowania przy zapewnieniu wskazanego w punkcie 3 finansowania²⁰.**

W przypadku jednostek funkcjonujących według dotychczasowych zasad kontraktowania, które swoim zasięgiem obejmują pozostałe 90% mieszkańców kraju, **potrzebne jest urealnienie wyceny procedur, szczególnie w zakresie opieki psychiatrycznej i z udziałem terapeutów rodzinnych.**

²⁰<https://www.termedia.pl/mz/Marek-Balicki-o-odbudowie-zdrowia-psychicznego-Polakow-,40487.html>

Oczekując przyspieszenia procesu wyznaczania i uruchamiania kolejnych Centrów Zdrowia Psychicznego mamy świadomość, że poprawa opieki psychiatrycznej, w możliwie największym stopniu, jest potrzebna już teraz, co w krótkim okresie czasu skutkowałoby poprawą w dostępności, jak również jakości świadczeń medycznych z zakresu psychiatrii.

Proste działania usprawniające funkcjonowanie systemu opieki psychiatrycznej w Polsce:

1. **zlikwidowanie obowiązku wystawiania i posiadania skierowań do psychologa, terapeuty środowiskowego i psychoterapeuty (obecnie jedynie do lekarza psychiatry niepotrzebne jest skierowanie wystawionego przez lekarza POZ),**
2. **egzekwowanie zasady bezlimitowości** realizowanych świadczeń medycznych w ramach Planu Odbudowy Zdrowia Polaków po pandemii COVID-19,
3. **umożliwienie świadczenia usług zdrowotnych prywatnym gabinetom** psychologicznym i psychiatrycznym na ogólnych warunkach w ramach ubezpieczenia **w związku ze zdjęciem limitów z Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS)** w ramach Planu Odbudowy Zdrowia Polaków – stawki za realizację świadczeń takie same jak te realizowane w systemie publicznym,
4. **uwzględnienie udziału lekarzy psychiatrów w projekcie POZ – Plus,**
5. **umożliwienie współpracy lekarzy POZ z lekarzami psychiatrami na zasadzie finansowanych przez NFZ konsultacji w różnych formach dostępności** (m.in. teleporady), szczególnie w sytuacji kontynuowania leczenia farmakologicznego pacjentów leczonych długoterminowo,
6. **umożliwienie wystawiania skierowań do oddziałów dziennych przez terapeutę środowiskowego** oraz w celu zlecenia świadczeń z zakresu psychoterapii **przez pedagogów i psychologów szkolnych**, co powinno zmniejszyć liczbę niepotrzebnych wizyt specjalistycznych u lekarza psychiatry,
7. **asystenckie wsparcie lekarza psychiatry** chociażby w zakresie tworzenia dokumentacji.

3.B. SYSTEM KOMPLEKSOWEJ I SKOORDYNOWANEJ OPIEKI PSYCHOLOGICZNO-PSYCHIATRYCZNEJ DLA DZIECI I MŁODZIEŻY

Program kompleksowej zmiany całego systemu opieki psychologiczno-psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży został opracowany przez lekarzy specjalistów psychiatrii dziecięcej i zaakceptowany do realizacji przez rząd w roku 2019.

Za realizację programu lekarsko-rządowego odpowiada prof. Małgorzata Janas-Kozik, pełnomocnik Ministra Zdrowia ds. reformy psychiatrii dzieci i młodzieży. Sposób realizacji programu reformy opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży **jest zdecydowanie gorszy niż ten dedykowany dorosłym i nie daje nadziei na szybkie uzyskanie poprawy w dostępności do kwalifikowanej pomocy** psychologiczno-psychiatrycznej dla potrzebujących jej dzieci i młodzieży.

Z nieznanymi powodami odstąpiono od formy pilotażu i nie skorzystano ze sprawdzonego w przypadku tworzenia Centrum Zdrowia Psychicznego dla dorosłych sposobu finansowania w formie ryczałtu. **W obecnej formie program nie jest ani kompleksowy, ani skoordynowany.** Do tego nawet w tej swojej nieprzyjemnej wersji został całkowicie zahibernowany.

Jedyną obecnie aktywnością rządzących jest złożone publicznie w dniu 20 stycznia 2021 roku zobowiązanie do zrealizowania „Programu wsparcia psychiatrii dzieci i młodzieży” o wartości 220 mln PLN.

Zadaniami tego Programu są:

- uruchomienie całodobowej infolinii,
- dostosowanie oddziałów psychiatrii dzieci i młodzieży,
- programy leczenia uzależnienia cyfrowego,
- zwiększenie wycen świadczeń z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży.

Obowiązującą podstawą prawną dla realizowanej zmiany systemu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 2020 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U.2020.2155)²¹. Jest to piąta nowelizacja pierwotnego Rozporządzenia, przy czym każda kolejna obniżała wymagania jakościowe i ilościowe wszystkich poziomów referencyjnych.

Wdrażana reforma „rządowa” zakłada funkcjonowanie trzech poziomów referencyjnych pomocy psychologiczno-psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży:

- (1) poradnie psychologiczne i/lub psychoterapeutyczne (1 poziom referencyjny);
- (2) oddziały pobytu dziennego z pracowniami terapeutycznymi (2 poziom referencyjny);
- (3) oddziały opieki całodobowej (3 poziom referencyjny).

21 <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200002155>

W ramach prowadzonego projektu, oprócz działających już oddziałów terapii całodobowej (szpitale), kontaktowane są poradnie pierwszego poziomu referencyjności (ośrodki środowiskowej opieki psychologiczno-psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży).

Decyzją Ministerstwa Zdrowia na obszarze całego kraju ma zostać zakontraktowanych tylko 300 poradni psychologiczno-psychoterapeutycznych. To zdecydowanie niewystarczająca liczba.

W Polsce jest 314 powiatów oraz 66 miast na prawach powiatu, które są gminami, ale realizują także zadania powiatów. Razem daje to liczbę 380. To w dalszym ciągu niedostateczna liczba poradni. Trudno sobie bowiem wyobrazić, że dla Warszawy, Poznania, Gdańska, Krakowa, ale też i Szczecina liczba 1 poradni będzie wystarczającą.

Według Rzecznika Praw Obywatelskich oczekiwana liczba poradni psychologiczno-psychoterapeutycznych to 733 na obszarze całego kraju. Aktualnie jest ich tylko około 140.

Na obecnym etapie nie trwają żadne prace polegające na tworzeniu i kontraktowaniu oddziałów pobytu dziennego z pracowniami terapeutycznymi (2 poziom referencyjny), a w skali całego kraju funkcjonuje ich tylko kilka – do kilkunastu, przy czym wszystkie powstały dawno temu.

Realizowany program polega więc na organizowaniu i uruchamianiu wyłącznie jednego poziomu świadczeń, w dodatku tylko psychologicznych.

Sposób wprowadzania zmian w psychiatrii dzieci i młodzieży powinien być zupełnie inny. **System opieki psychologiczno-psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży musi być zmieniany w sposób kompleksowy i skoordynowany.**

W każdej nowej lokalizacji powinny być tworzone i jednocześnie uruchamiane wszystkie poziomy opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.

Dla zapewnienia ponownie wysokiej jakości założeń programu reformy opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, konieczne jest powrót do pierwotnych przepisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień²².

Trzystopniowy program „rządowy” powinien zostać uzupełniony o poziom dodatkowy, zorganizowany na bazie szkół podstawowych i średnich jako poziom 0 („psycholog w każdej szkole”).

Paradoksalnie poziom 0, jako działający tuż obok uczniów, może się okazać najważniejszym elementem całego systemu. Zadaniem opieki psychologicznej w szkole jest zidentyfikowanie dziecka z problemem, poszukiwanie znamion zespołu dziecka maltretowanego z identyfikacją objawów przemocy domowej i rówieśniczej, dziecka wykorzystywanego oraz dzieci z myślami samobójczymi i innymi działaniami przeciwko swojemu bezpieczeństwu. Psycholog w szkole dostępny będzie też każdemu dziecku potrzebującemu czasami zwykłej rozmowy. Według Związku Zawodowego Psychologów obecnie w niemal połowie szkół psychologów lub pedagogów nie ma wcale. **W początkowym okresie może wystąpić konieczność zastąpienia psychologów przez**

22 <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001285>

pedagogów, przeszkolonych nauczycieli, pielęgniarki szkolne i higienistki szkolne lub pielęgniarki ze specjalizacją psychiatrii.

Potrzebne jest przyspieszenie tworzenia kolejnych poradni psychologiczno-psychoterapeutycznych 1 poziomu referencyjnego.

Poradnie 1 poziomu referencyjnego powinny funkcjonować **w każdym powiecie i w każdej większej dzielnicy dużego miasta.**

O ile w przypadku systemu opieki psychiatrycznej nad dorosłymi wciąż coś się dzieje, psychiatria dzieci i młodzieży zamarła. Nie są ogłaszane kolejne konkursy na świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. Nie dzieje się tak nawet w przypadku regionów pozbawionych jakiegokolwiek systemu.

Jednostki samorządu terytorialnego, odpowiedzialne za organizację ochrony zdrowia na swoich terenach, powinny przejąć inicjatywę.

Do czasu uruchomienia finansowanych przez NFZ Poradni 1 poziomu referencyjnego, na poziomie lokalnym jest możliwe utworzenie punktów interwencji kryzysowej. Bazą dla punktów interwencji kryzysowej mogą być najbliższe zlokalizowane Poradnie Zdrowia Psychicznego, Poradnie Psychologiczna i Psychologiczno-Pedagogiczna, Poradnie Uzależnień lub Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR).

W tej roli koniecznie powinny również zostać uwzględnione zadania realizowane przez szkołę.

Na poziomie wymienionych poradni i/lub PCPR powinny powstać zespoły do spraw pomocy psychologicznej. Wsparcie finansowe dla tych punktów oczywiście byłoby kolejnym obciążeniem dla samorządu. Oparcie się jednak w tworzeniu punktów interwencji kryzysowych o instytucje już istniejące i realizujące często tematycznie zbliżone zadania, wysokość kosztów powinno zasadniczo ograniczyć.

Działania usprawniające system opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży:

1. **Zlikwidowanie obowiązku wystawiania i posiadania skierowań** do psychologa, terapeuty środowiskowego i psychoterapeuty.
2. **Egzekwowanie zasady bezlimitowości świadczeń** w oparciu o ustawę o Funduszu medycznym, z zastrzeżeniem, że jednostki dziecięce dotychczas finansowane ryczałtem zachowają ten sposób finansowania. Dopiero świadczenia, które przekroczą dotychczasowy limit powinny być finansowane z Funduszu medycznego.
3. **Umożliwienie świadczenia usług zdrowotnych prywatnym gabinetom psychologicznym i psychiatrycznym** na ogólnych warunkach w ramach ubezpieczenia w związku ze zdjęciem limitów z Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS) w ramach Funduszu Medycznego – stawki za realizację świadczeń takie same jak te realizowane w systemie publicznym.
4. **Umożliwienie współpracy lekarzy POZ z lekarzami specjalistami w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży na zasadzie finansowanych przez NFZ konsultacji w różnych formach dostępności** (m.in. teleporady), szczególnie w sytuacji kontynuowania leczenia farmakologicznego pacjentów leczonych długoterminowo.
5. **Określenie zasad współpracy i możliwości konsultacji pomiędzy lekarzami POZ a psychologami szkolnymi** lub pełniącymi taką funkcję nauczycielami lub pielęgniarkami / higienistkami szkolnymi.
6. **Umożliwienie wystawiania skierowań do oddziałów dziennych przez terapeutę środowiskowego** oraz w celu zlecenia świadczeń z zakresu psychoterapii przez **pedagogów i psychologów** szkolnych, co powinno zmniejszyć liczbę niepotrzebnych wizyt specjalistycznych u lekarza psychiatry.
7. **Rozszerzenie kontraktów** Poradni Zdrowia Psychicznego, Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych oraz Poradni i Ośrodków Ambulatoryjnych Profilaktyki Uzależnień o możliwość prowadzenia terapii małżeńskiej i rodzinnej.
8. **Asystenckie wsparcie lekarza psychiatry** chociażby w zakresie tworzenia dokumentacji.
9. **Finansowanie przez NFZ pierwszorazowej i pierwszej kontrolnej konsultacji dziecka u lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży**, jeśli kolejka do konsultacji w części publicznej systemu ochrony zdrowia przekracza 2 miesiące.

Obserwowane obecnie próby wprowadzenia zasady finansowania jednostek dziecięcych (szpitale dziecięce) wyłącznie w zależności od wykonanych świadczeń medycznych zagroziłyby finansowej równowadze tych szpitali. Jeszcze kilka dni temu takie działania były kierowane ku finansowaniu świadczeń z zakresu pediatrii²³.

W przypadku finansowania przez NFZ pierwszorazowej i pierwszej kontrolnej konsultacji dziecka u lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, jeśli kolejka do konsultacji w części publicznej systemu ochrony zdrowia przekracza 2 miesiące zwrot

23 <https://www.termedia.pl/mz/Pediatria-bez-ryczaltu-sie-zalamie,41360.html>

kosztów konsultacji nastąpi na konto lekarza specjalisty po potwierdzeniu wykonania usługi. W tej propozycji konieczne będzie jedynie określenie maksymalnego limitu kwoty refundacji za konsultację na poziomie 80%, ale nie więcej niż 250 PLN. W powiatach pozbawionych specjalistów psychiatrii dziecięcej w ramach NFZ refundacja kosztów konsultacji i leczenia powinna być pełna (100%), z zastrzeżeniem górnego limitu na poziomie maksymalnie 300 PLN. Należności wypłacane według tej zasady w związku z wykonaniem świadczeń specjalistycznych w zakresie opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą nie powinny generować szczególnych strat finansowych dla budżetu NFZ.

Największym i najtrudniejszym do rozwiązania problemem systemu opieki psychologiczno-psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży są niedostatki kadr medycznych.

W kwestii niewystarczającej liczby lekarzy ze specjalizacją psychiatrii dzieci i młodzieży możliwym jest do wprowadzenia co najmniej kilka działań naprawczych:

1.Promowanie dodatkami finansowymi wyboru specjalizacji z psychiatrii dziecięcej wśród absolwentów uczelni medycznych (dodatki jednorazowe lub stałe z koniecznością rozliczenia się po zakończeniu procesu specjalizowania się).

2.Zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych w dziedzinie psychiatria dzieci i młodzieży w ramach rezydentury i tych pozarezydentur (do sesji wiosennej 2021 roku na obszar całego kraju uwolniono tylko 34 miejsca specjalizacyjne w ramach rezydentury).

3.Zmiana Państwowego Egzaminu Modułowego (PEM) z dobrowolnego na obowiązkowy. Zaliczenie PEM pozwoli na samodzielną pracę w systemie opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży lub w Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży. Zakres tej samodzielności będzie pozostawał w związku z zakresem przyswojonej na etapie pierwszego modułu wiedzy medycznej i umiejętności medycznych.

4.Promowanie dodatkami finansowymi lekarzy psychiatrów nie posiadających specjalizacji kierunkowej z psychiatrii dzieci i młodzieży do zatrudnienia się w jednostkach leczących dzieci (w trakcie przewodu specjalizacyjnego z psychiatrii jest konieczność udziału w trwającym 4 miesiące stażu kierunkowym z psychiatrii dzieci i młodzieży, co daje bazę do rozpoczęcia pracy z dziećmi i młodzieżą).

5.Promowanie nowych specjalizacji w grupie dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia – psychologia kliniczna oraz psychoterapia dzieci i młodzieży²⁴. W trakcie powstawania nowej specjalizacji każdy z lekarzy, ale również pielęgniarki, fizjoterapeuci mają prawo wystąpić do Ministra Zdrowia o wydanie decyzji o uznaniu dorobku naukowego lub zawodowego lub o przystąpieniu do szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychologia kliniczna oraz psychoterapia dzieci

24 http://www.zdrowie.gov.pl/uploads/pub/news/news_3657/Psychoterapia-dzieci-i-m%C3%B3%C5%82odzie%C5%BCy-program-specjalizacji-2019.pdf

i młodzieży²⁵²⁶. Minister Zdrowia może wydać opinię o uznaniu dotychczasowego dorobku naukowego lub zawodowego danego lekarza za równoważny ze zrealizowaniem programu właściwego szkolenia specjalizacyjnego. Osoby pozytywnie zweryfikowane przez Ministra Zdrowia mają obowiązek ukończenia przewodu specjalizacyjnego w trybie zwykłym lub skróconym, w zależności od istniejących możliwości.

6. Zawarcie porozumienia pomiędzy Ministrem Zdrowia a Ministrem Nauki i Edukacji potwierdzonego nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne w dziedzinie psychologia kliniczna i psychoterapia dzieci i młodzieży oraz określenia kwalifikacji zawodowych, jakie musi posiadać osoba przystępująca do danej specjalizacji (na przykład specjalizację z psychologii klinicznej może podjąć osoba posiadająca kwalifikacje do wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, biologa, psychologa, logopedy, itp.).

W kwestii niewystarczającej liczby terapeutów środowiskowych dostępnym rozwiązaniem może być:

1. Uruchomienie na państwowych uczelniach medycznych studiów podyplomowych „Terapeuta środowiskowy” oraz „Terapeuta środowiskowy dzieci i młodzieży” dedykowanych absolwentom kierunku „Psychologia zdrowia” (studia jednolite magisterskie) – również w trybie zaocznym.

2. Uruchomienie studiów dwustopniowych, w których trwający trzy lata stopień pierwszy licencjacki kończyłby się uzyskaniem tytułu licencjata psychologii zdrowia, z którym to tytułem możliwe byłoby kontynuowanie nauki w ramach stopnia drugiego na jednym z dwóch kierunków „Terapeuta środowiskowy” lub „Psychoterapeuta dzieci i młodzieży”.

3. Wdrożenie projektów edukacyjnych wspierających systemem zachęt nabór na deficytowe z punktu widzenia psychiatrii dzieci i młodzieży kierunki szkolenia zawodowego na studiach medycznych. Myślimy tu o stypendiach motywacyjnych, płatnych dla studentów obowiązkowych śródrocznych i wakacyjnych praktykach zawodowych w trakcie trwania studiów, czy o tzw. „bonach patriotycznych”.

Pobieranie stypendiów motywacyjnych i/lub „bonów patriotycznych” zobowiązywałoby do podjęcia pracy po studiach na konkretnym stanowisku i ewentualnie w konkretnej jednostce ochrony zdrowia na czas określony umową między studentem a uczelnią oraz studentem a przyszłym pracodawcą. Po przepracowaniu określonego umową okresu stypendium i/lub bon patriotyczny byłyby umarzane. W przypadku niedotrzymania umowy obowiązywałoby zwrócenie

25 <https://www.cmkp.edu.pl/komunikaty-dla-lekarzy/specjalizacje-majace-zastosowanie-w-ochronie-zdrowia/nowa-dziedzina-ochrony-zdrowia-psychoterapia-dzieci-i-mlodziezy>

26 <https://cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/pdf/kryteria-oceny-psychoterapia.pdf>

poniesionych przez uczelnię i przyszłego pracodawcę kosztów powiększonych o zapisaną w umowach wielkość „karnych” odsetek.

4.Opracowanie programów szkoleniowych, planów tzw. krótkiej ścieżki w szkoleniu terapeutów środowiskowych oraz zasady kwalifikacji do procedury krótkiej ścieżki.

4.DOPUSZCZENIE MOŻLIWOŚCI SAMODZIELNEJ WIZYTY MŁODEGO CZŁOWIEKA POWYŻEJ 15 ROKU ŻYCIA U LEKARZA PSYCHIATRY, U PSYCHOLOGA LUB U PSYCHOTERAPEUTY

W przypadku problemów dotyczących zdrowia psychicznego, **prawo do samodzielnej wizyty małoletniego, który ukończył 15 lat**, bez obecności przedstawiciela ustawowego i bez konieczności uzyskania jego zgody **wymagałoby rozszerzenia o psychologów i psychoterapeutów**. W tym celu konieczne byłoby **znowelizowanie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (artykuły 32 i 34) oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (artykuł 17)** w taki sposób, aby możliwe było udzielanie świadczeń zdrowotnych małoletniemu, który ukończył 15 lat, bez obecności przedstawiciela ustawowego i bez konieczności uzyskania jego zgody²⁷²⁸.

Obowiązującą obecnie granicą wieku, która pozwala na podejmowanie samodzielnych decyzji jest ukończenie 18 lat. Biorąc pod uwagę konieczność uzyskania podwójnej zgody, tj. przedstawiciela ustawowego małoletniego (lub wyjątkowo – w niektórych sytuacjach opiekuna faktycznego) i samego małoletniego, który ukończył 16 lat, przy zgłaszaniu się ww. pacjenta do lekarza również konieczna jest obecność i/lub zgoda przedstawiciela ustawowego. Odmowa przyjęcia przez lekarza, lekarza specjalistę samego małoletniego, który ukończył 15, 16, czy nawet 17 lat bez obecności i/lub zgody przedstawiciela ustawowego jest zatem możliwa i prawnie uzasadniona, o ile nie zachodzą okoliczności, w których zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Prawa obywatelskie małoletnich w wieku 15-18 lat nie są równomiernie uregulowane. Na przykład na podstawie artykułów 190, 200¹ i 304⁵ KP, małoletni w wieku 16-18 lat może podejmować pracę bez konieczności uzyskania zgody swojego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego²⁹. Z kolei artykuł 200 KK mówi o odpowiedzialności karnej za obcowanie płciowe z osobą małoletnią lub doprowadzenie jej do poddania się czynnościom seksualnym, dopiero gdy osoba ta ma mniej niż 15 lat³⁰. Niestety coraz

27 <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200000514/U/D20200514Lj.pdf>

28 <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200000849/O/D20200849.pdf>

29 <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19740240141/U/D19740141Lj.pdf>

30 <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970880553/U/D19970553Lj.pdf>

częściej rodzice nie zauważają problemów zdrowotnych swoich dzieci, nie odczytują sygnałów wysyłanych przez dzieci, nie rozmawiają z nimi. Często dzieci w obecności rodziców nie są w stanie i/lub nie chcą przedstawić rzeczywistego podłoża swoich problemów psychologiczno-psychiatrycznych. Wreszcie często to sami rodzice są przyczyną braku dobrostanu psychicznego dzieci.

Proponowana zmiana dotychczas obowiązujących przepisów w celu usankcjonowania możliwości samodzielnej (bez rodziców) wizyty u psychologa lub lekarza psychiatry, u psychologa i/lub u psychoterapeuty, dzieci, które ukończyły 15 lat powinna w sposób zasadniczy i skokowy wpłynąć na zmniejszenie liczby zdarzeń o charakterze autoagresji i udanych prób samobójczych w populacji dzieci i młodzieży. Powinna też wpłynąć na poprawę zdrowotności młodzieży przez zniknięcie wstydu rozmawiania o swoich, czasami krępujących dolegliwościach i zdrowotnych problemach w obecności rodziców lub innych opiekunów prawnych. Elementem zabezpieczającym małoletniego w przedziale wiekowym 15-18 lat przed podjęciem decyzji nierozsądnej i niebezpiecznej np. odmowy zgody na leczenie, znieczulenie i zabieg operacyjny w sytuacji stanu bezpośredniego lub pośredniego zagrożenia życia jest uwzględnienie w przepisach prawa działań zapobiegających, np. uzyskanie zgody zastępczej sądu opiekuńczego, czy działanie na podstawie artykułu 34 ustęp 7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

5.ZAWODY, BEZ KTÓRYCH PRAWDZIWEJ I SKUTECZNEJ PSYCHIATRII NIE DA SIĘ STWORZYĆ: PSYCHOLOG, TERAPEUTA ŚRODOWISKOWY I PSYCHOTERAPEUTA

Niniejszy dokument wielokrotnie podkreślał znaczenie terapii psychologicznej, tak w kontekście funkcjonowania Centrów Zdrowia Psychicznego, jak i obecności psychologa w placówkach oświatowych. **Praca psychologów, którzy nie posiadają przecież wykształcenia medycznego, z pacjentem wymaga uznania zawodu psychologa za zawód zaufania publicznego**, a tym samym nałożenia na psychologów obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej, wykształcenia standardów postępowania w konkretnych scenariuszach terapeutycznych, obowiązku odbycia „stażu podyplomowego” pod opieką doświadczonego specjalisty, zdefiniowania pojęcia „świadczony psychologiczny”, określenia norm nadawania, zawieszania i odbierania prawa wykonywania zawodu psychologa, a także kryteriów odpowiedzialności zawodowej psychologów. Wymienione powyżej kwestie są jedynie wycinkiem problemów, które wskazują sami przedstawiciele Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Psychologów – mimo to żaden z nich nie doczekał się uwagi ze strony rządowej (tak obecnej, jak i poprzednich)³¹.

Obecnie kwestie wykonywania zawodu psychologa zawarte są w ustawie z dnia 8 czerwca 2001 roku (Dz. U. 2001 Nr 73 poz. 763)³², jednak ze względu na wiele jej niedoskonałości (na przykład niezgodności z niektórymi dyrektywami UE) przepisy ustawy są martwe i nie

31 https://www.ozzp.org.pl/images/do-pobrania/Biala_Ksiega%2002.2014.pdf

32 https://www.ozzp.org.pl/images/do-pobrania/ustawa_o_zawodzie_psychologa.pdf

znajdują odzwierciedlenia w rzeczywistości. W związku z tym nie funkcjonuje kontrola prawa wykonywania zawodu i nie ma możliwości skutecznego pociągnięcia psychologów do odpowiedzialności zawodowej. Tym samym współpraca jakiegokolwiek ośrodka konsultacyjno-leczniczego czy placówki oświatowej nawet z najlepiej wykształconym psychologiem odbywa się wyłącznie na zasadzie zaufania, że konkretny psycholog w swojej praktyce korzysta z najnowszych wytycznych odnośnie wykonywania swojego zawodu w danej specjalizacji. W Sejmie IX kadencji powstał Parlamentarny Zespół ds. Ustawowego Uregulowania Zawodu Psychologa. Jego prace rozpoczęły się 17 września 2020 roku – zespół nie przedstawił jeszcze żadnych efektów swojej pracy³³. W skład zespołu nie wchodzi żaden parlamentarzysta koalicji rządzącej, co przygotowywanej inicjatywie nie wróży powodzeniem. Nie da się uporządkować problemu psychiatrii dzieci, młodzieży i dorosłych bez pozyskania wystarczającej ilości właściwych kadr medycznych. Niedostatek wykwalifikowanych służb medycznych okaże się najślabszym ogniwem łańcucha całej opieki psychiatrycznej w Polsce, a łańcuch jest tak silny, jak silne jest jego najślabsze ogniwo.

Sprawą kluczową dla przyszłości psychiatrii jest porozumienie ponad podziałami oraz:

- a. **uchwalenie ustawy o zmianie ustawy o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów**, która wychodziłaby naprzeciw oczekiwaniom formułowanym przez towarzystwa i stowarzyszenia zrzeszające psychologów i psychoterapeutów, również terapeutów środowiskowych,
- b. **podjęcie konsultacji ze środowiskiem psychologów i psychoterapeutów** na temat ustawowego uregulowania zawodu psychoterapeuty i uregulowanie tego zawodu,
- c. **podjęcie konsultacji ze środowiskiem terapeutów środowiskowych na temat ustawowego uregulowania zawodu terapeuty środowiskowego i terapeuty środowiskowego** dzieci i młodzieży i uregulowanie tego zawodu

6. PODSUMOWANIE

Program kształcenia nowych kadr i odbudowy psychiatrii dzieci i młodzieży nie powiedzie się, jeżeli nie dojdzie do wyraźnego podwyższenia zarobków zarówno dla lekarzy psychiatrów dziecięcych, lekarzy w trakcie specjalizacji i lekarzy psychiatrów pracujących w oddziałach dziecięcych w ramach krótkiej ścieżki, pielęgniarek, psychologów, terapeutów środowiskowych, psychoterapeutów i specjalistów dziedzin pokrewnych zatrudnionych w nowym systemie.

Zmiana tego nieprawidłowego trendu to problem najtrudniejszy do zrealizowania, ale tak samo ważny jak wszystkie pozostałe tu wymienione. **Psychiatria dzieci i młodzieży, również psychiatria dorosłych nie może opierać swojego funkcjonowania o wolontariat osób szkolących się, czy wykonujących swoje zawody z powodu pasji.** Najlepiej

33 <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/agent.xsp?symbol=ZESPOL&Zesp=765>

skonstruowany system opieki psychologiczno-psychiatrycznej bez ludzi go wypełniających pozostanie tylko martwym pomnikiem niekompetencji kolejnych reformatorów.

Dla naprawy całego systemu opieki psychiatrycznej konieczne jest działanie ponad podziałami. Wszyscy muszą w nim uczestniczyć: Premier Rady Ministrów ze swoimi ministrami, Ministerstwo Zdrowia, samorządy wszystkich szczebli, przygotowujący i uchwalający obowiązujące przepisy prawne, wreszcie wywierający stałą presję obywatele. Tylko udział wszystkich wymienionych da szansę na powodzenie tej misji. Naszym dzieciom, naszej młodzieży, seniorom po prostu jesteśmy to winni.