

TV (3)

TVN2431.07.22 16:06:42

tytuł programu: Fakty po południu
temat: Emigracja zarobkowa Polaków

MATERIAŁ

TVP3 Wrocław31.07.22 18:30:28

tytuł programu: Fakty
temat: Brakuje lekarzy w Polsce

MATERIAŁ

TVP3 Katowice29.07.22 18:43:19

tytuł programu: Aktualności
temat: Oddział chirurgii dziecięcej zawiesza działalność

MATERIAŁ

RADIO (7)

Radio RMF FM31.07.22 07:01:53

tytuł audycji: Wiadomości
temat: Lekarze wyjeżdżają z kraju

MATERIAŁ

Radio TOK FM01.08.22 06:25:33

tytuł audycji: Pierwsze Śniadanie w TOK-u
temat: Rozmowa z Klaudiuszem Komorem

MATERIAŁ

Radio TOK FM01.08.22 07:04:25

tytuł audycji: Wiadomości
temat: Kredyt na studia medyczne

MATERIAŁ

Radio Zet30.07.22 02:01:58

tytuł audycji: Wiadomości
temat: Sytuacja w służbie zdrowia

MATERIAŁ

Radio TOK FM29.07.22 17:00:29

tytuł audycji: Wiadomości
temat: Premie dla lekarzy

MATERIAŁ

Radio TOK FM31.07.22 15:01:00

tytuł audycji: Wiadomości
temat: Sytuacja epidemiczna na świecie

MATERIAŁ

Radio Maryja30.07.22 08:02:17

tytuł audycji: Wiadomości
temat: Minister sportu zapowiada, że lekarze rodzinni nie będą mogli wystawiać zwolnień z lekcji w-f

MATERIAŁ

GOŚĆ PRAWNYCH STRON

KATARZYNA WÓJCIK

Z raportu dotyczącego zgłoszeń na infolinię rzecznika praw pacjenta wynika, że Polacy mają problemy z podstawowymi świadczeniami opieki zdrowotnej. Nie mogą się dowiedzieć od lekarza POZ, umówić na wizytę, doprosić, by lekarz przyszedł do domu. Ile jest takich skarg?

BARTŁOMIEJ CHMIELOWIEC: W 2021 r. mieliśmy ponad 160 tys. sygnałów, skarg i wniosków. Ta liczba rośnie z roku na rok. Gwałtowny wzrost był zauważalny podczas pandemii. To z jednej strony bardzo dużo, z drugiej zaś to bardzo niedoszacowana liczba. My cały czas dopiero uczymy się zgłaszać problemy. Niestety nie da się ich rozwiązać z dnia na dzień. Nie ma magicznej różdżki, która spowoduje, że nagle nasz system ochrony zdrowia stanie się idealny. Problemy od lat są powtarzalne. Zmieniają się trochę obszary, w których się uwidoczniają. Zaskakujące jest to, że podczas pandemii najwięcej problemów dotyczyło podstawowej opieki zdrowotnej, czyli lekarzy rodzinnych. Niepokoi jednak, że sygnały wciąż utrzymują się na wysokim poziomie.

A przecież przychodnie powinny funkcjonować już normalnie.

Właśnie. A największą barierą dla pacjentów jest wciąż niemożliwość dowiedzenia się do przychodni. Potem jest problem z zarejestrowaniem się. Najwięcej tych problemów występuje w dużych miastach. Spadła jednak liczba zgłaszanych zastrzeżeń dotyczących jakości teleporad. Przed pandemią skargi w pierwszej kolejności dotyczyły leczenia szpitalnego.

Co może zrobić pacjent, który ma problem, by dostać się do lekarza rodzinnego?

Zgodnie z przepisami pacjent powinien zostać przyjęty w dniu zgłoszenia bądź w dniu ustalonym z przychodnią. Problem powstaje wówczas, gdy w przychodni nie ma numerów w dniu zgłoszenia ani w dniach następnych. Ważne, żeby zgłosić to do rzecznika praw pacjenta. Jest bezpłatna infolinia – 800 190 590. Możemy podjąć interwencję. W ubiegłym roku było ich ponad 10 tys. Skupiamy się na sytuacjach, w których zagrożone jest życie lub zdrowie pacjenta, a także gdy sytuacja dotyczy dzieci, kobiet w ciąży i osób z niepełnosprawnościami. Funkcjonuje też nocna i świąteczna pomoc lekarska, z której pacjent może skorzystać.

Dla pacjenta korzystanie z nocnej i świątecznej pomocy często oznacza wielogodzinne oczekiwanie w kolejce.

Wszystko zależy od regionu. Są miejsca, gdzie nie ma problemu. Są takie, w których rzeczywiście czeka się bardzo długo. Można również skorzystać ze szpitalnego oddziału ratunkowego. Trzeba jednak nieść na uwadze, że tam powinni trafić osoby, u których występuje nagłe zagrożenie zdrowotne. Pacjent niezadowolony ze swojej placówki może dwa razy do roku zmienić lekarza rodzinnego. Warto o tym pamiętać, zwłaszcza w dużych miastach, w których między przychodniami jest większa konkurencja.

Pacjenci skarżą się też na czas oczekiwania do specjalisty. Do kogo czeka się najdłużej?

Pacjenci skarżą się głównie na długi czas oczekiwania do ortopedy, endokrynologa i dermatologa. To problem znany od lat. Trzeba jednak pamiętać o tym, że długość oczekiwania na wizytę w różnych placówkach jest różna. Warto więc korzystać z informatora NFZ. Można też zadzwonić na wspomnianą infolinię 800 190 590. Po wybraniu numeru wewnętrznego i połączymy się z pracownikiem NFZ, który poinformuje nas, gdzie najszybciej można dostać się do specjalisty.

Najczęściej, nie znaczy zawsze, najlepiej.

Zgadza się. Jednak ocenianie lekarzy w internecie nie zawsze jest miarodajne. Dla jednego pacjenta lekarz może być wybitnym specjalistą, dla innego nie. Trudno zweryfikować te opinie. Gdybyśmy mieli informacje o tym, ilu pacjentów zostało wyleczonych, a ilu jest niezadowolonych, moglibyśmy oceniać jakość udzielanych świadczeń. Aby miarodajnie oceniać jakość, ale też by ją poprawiać, zaproponowano rozwiązywanie zawarte w projekcie ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta. Chodzi o to, by na opiekę zdrowotną spoglądać z perspektywy pacjenta. Pacjenci będą na przykład ankietowani.

Obecnie wiele skarg dotyczy tego, że te operacje są przekładane.

Zgadza się. Najwięcej takich zabiegów było przekładane podczas pandemii. Nasze zasoby kadrowe są ograniczone. Chodzi

o chirurgów, ale w dużej mierze również o anestezjologów. Są niezbędni, by przygotować do zabiegu i znieczulić pacjenta, a w czasach covidu np. zainubować, by ratować życie za pomocą respiratora. Największe moje zastrzeżenia dotyczą tego, że pacjenci dowiadawali się, że nie będą mieli operacji w umówionym terminie dopiero po przybyciu do placówki. Teraz zmiana terminów zabiegów jest spowodowana nie covidem, ale problemami kadrowymi. W systemie ochrony zdrowia problemy występują od wielu lat. Dotyczą one m.in. niewystarczającego finansowania, niewystarczających zasobów kadrowych i tego, że nasz system ochrony zdrowia jest

dowodowe i powoływał biegłych. Komisja wojewódzka jest raczej poligonem doświadczalnym dla pełnomocnika. Ale nie po to tworzony był ten system. W sądzie i tak trzeba było przeprowadzić całe postępowanie dowodowe, co trwa zwykle kilka lat. Mamy w takich sporach bogate doświadczenie. Rzecznik praw pacjenta może wytoczyć powództwo bądź przystąpić do prowadzonego już postępowania cywilnego. Obecnie mamy otwartych ponad 80 procesów. I to tych najtrudniejszych.

Co więc ma się zmienić?

Chcemy, by obecny system został zastąpiony systemem administracyjnym.



Strach nie sprzyja kulturze bezpieczeństwa

znacznie rozdrobniony. Nie sposób szybko naprawić takiej sytuacji. W Dali reformy przyniosły efekty po ponad 20 latach. Warto natomiast zgłaszać wszystkie problemy, które nas dotyczą. Prócz interwencji indywidualnych i zbiorowych staramy się też formułować wnioski systemowe.

Lekarze chcą odpowiadać karnie tylko w przypadku zgony pacjenta lub rzącego błędu. Pracują nad projektem ustawy w tej sprawie. Czy system o faul może przynieść korzyści pacjentom?

Zaczynamy od tego, co to jest system o faul, bo jest mnóstwo interpretacji tego pojęcia. To system polegający na szybkiej wypłacie zadośćuczynienia pacjentowi bez poszukiwania winnego. Pacjent, który doznał szkody, bądź jego najbliżsi – gdy pacjent zmarł, mogą uzyskać kwotę zadośćuczynienia w prostej i przejrzystej procedurze. Nie prowadzi się w niej długotrwałego procesu, nie ma potrzeby przesłuchiwanie świadków i personelu medycznego, nie ma konieczności poszukiwania biegłych chętnych do opiniowania. Zaproponowany przez Ministerstwo Zdrowia projekt ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta to zakłada. Przewiduje likwidację wojewódzkich komisji do spraw zdarzeń medycznych. Model wprowadzony w Polsce w 2012 r. nie sprawdził się. Jest nieefektywny. Generuje koszty samej obsługi w wysokości 9 mln zł, podczas gdy rocznie zawieranych jest zaledwie kilkanaście ugód.

Ale system ten okazał się pomocny dla pacjentów, którzy dochodzili roszczeń przed sądem. Przed komisją ustalano, że do zdarzenia doszło. Potem było już łatwiej.

Nie zgodziłbym się. Ten system przyszedł się w jakiś sposób pełnomocnikom. Testowali, czy są szansę na skuteczne wyrocznienie powództwa cywilnego. Samo orzeczenie nie stanowiło jednak prejudykatu czy dowodu przesądającego o odpowiedzialności placówki medycznej. W procesie cywilnym sąd i tak prowadził własne postępowanie

w którym pacjent będzie mógł skierować wniosek do rzecznika praw pacjenta.

Wniosek będzie rozpatrzony w ciągu trzech miesięcy. Jako instytucja jesteśmy do tego dobieg przygotowani. Od strony medycznej będzie nas wspierał zespół stałych biegłych. Będziemy przyznawać zadośćuczynienie bez wyzywania świadków i ustalania sprawców zaniedbań. Niezadowolony pacjent będzie mógł się odwołać do niezależnej komisji odwoławczej. W jej składzie zasiadą wybitni prawnicy, przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Sprawiedliwości oraz Naczelnych Lb – Lekarskiej oraz Pielęgniarskiej i Położniczej, ale również organizacja pacjentów. Komisja odwoławcza będzie niezależna od rzecznika praw pacjenta. Na końcu pacjent będzie mógł zaś skierować sprawę do sądu administracyjnego.

Ten model w naszej ocenie się sprawdza. Od lutego tego roku jesteśmy odpowiedzialni za obsługę funduszu kompensacyjnego szczebla ochronnych.

Jak dużo odszkodowań zostało już wypłaconych?

Do tej pory wydaliśmy decyzje na łączną kwotę 1,7 mln zł. W dwóch przypadkach przyznaliśmy maksymalną kwotę 100 tys. zł, którą przewiduje ustawa. Wpłynęło do nas blisko 1100 wniosków.

Słyszałam zarzuty, że odszkodowania nie byłyby zbyt wysokie, a niezadowoleni pacjenci i tak pójdą do sądu.

Nie możemy zabronić obywateli występowania na drogę sądową, bo byłoby to niezgodne z konstytucją. W innych państwach ten model jest zwykłą alternatywą. Każdy ma wybór, czy chce skorzystać z nieskomplikowanego, szybkiego postępowania na faul, gdzie otrzyma zadośćuczynienie w mniejszej wysokości (choć nie zawsze), czy chce skorzystać z drogiego postępowania cywilnego.

I być może na zadośćuczynienie przyjdzie mu poczekać dziesięć lat.

Czasami i dłużej. Bo po dwóch instancjach można skorzystać ze skargi kasacyjnej do Sądu Najwyższego. Taki proces często jest też traumatyczny. Ważne też jest ryzyko przegranej. Prawomocne wyroki bywają korzystne najwyżej w 40–50 proc.

Jeśli chodzi zaś o kwoty zadośćuczynień – w ustawie zaproponowano 100 tys. zł w przypadku śmierci najbliższego członka rodziny. Dla każdej z osób najbliższych. Ale kwoty przyznawane w sądach wcale nie są wyższe. To mit, że np. po śmierci ojca można otrzymać pół mln zł. To nieprawda. Mamy analizę blisko 5 tys. orzeczeń wydanych przez sądy cywilne. Odszkodowanie bardzo rzadko przekracza 100 tys. zł. Owszem, zapadają

Zachęcając personel medyczny do zgłaszania błędów, wyeliminujemy połowę z nich.

Jeśli sprawy nie będą zamykane pod dywan, będziemy je mogli poddać analizie, by uniknąć ich w przyszłości – mówi Bartłomiej Chmielewicz, rzecznik praw pacjenta.

orzeczenia w sprawach uszczerbku na zdrowiu, zwłaszcza w sprawach ginekologiczno-polożniczych, gdzie kwoty są wyższe. Mówimy np. o przypadkach wielokrotnego poronienia, gdzie dziecko do końca życia będzie zmagało się z niepełnosprawnością. Tak, tam kwoty sięgają czasem miliona złotych. A w ramach systemu no faul odszkodowanie będzie wynosiło maksymalnie 200 tys. zł.

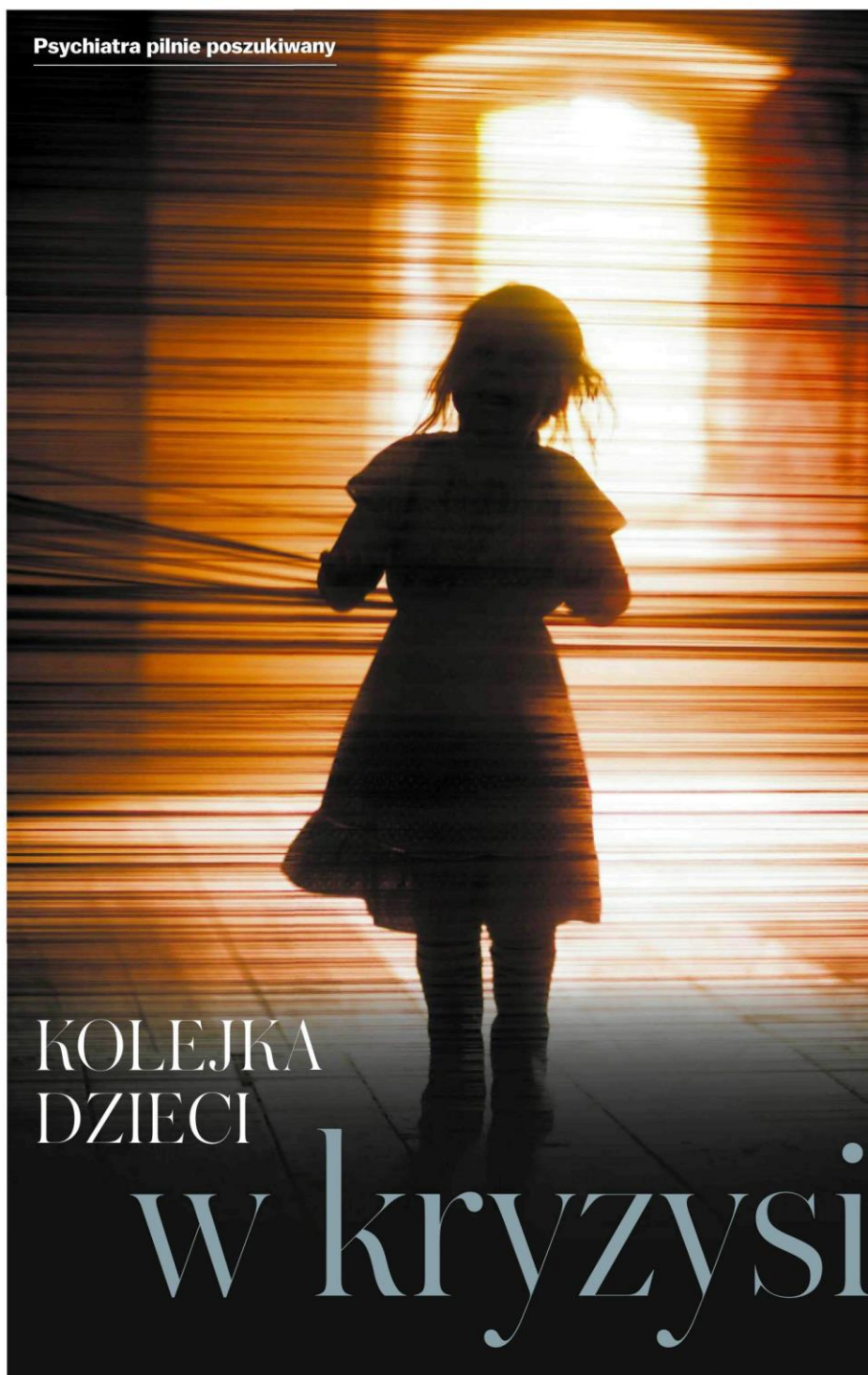
Chciałabym wrócić do odpowiedzialności lekarzy.

Zwolnienie z odpowiedzialności karnej lekarzy nie jest wymogiem systemu no faul. Zawsze to jednak popierałem. Jeśli mamy przeciwdziałać zdarzeniom niepożądanym, powinniśmy rozważać zwolnienie personelu medycznego z odpowiedzialności karnej. Powinny być jednak wyjątki – np. jeśli lekarz był pod wpływem alkoholu lub narkotyków albo świadomie nie udzielił pomocy. Na schodach jednego ze szpitalnych oddziałów ratunkowych zmarła pacjentka, a lekarz, który widział to z okna, nie zszedł do niej. Nie wyobrażam sobie, by był bezkarny.

Pamiętajmy jednak, że zdarzenia niepożądane są nieodłącznym elementem opieki szpitalnej. One występują na całym świecie. Według niektórych danych w USA w wyniku zdarzeń niepożądanych umiera przedwcześnie nawet 400 tys. pacjentów rocznie. Jeśli zachęciłbyśmy personel do zgłaszania zdarzeń niepożądanych, moglibyśmy doprowadzić do wyeliminowania około połowy z nich. Stąd ważne jest stworzenie warunków, by personel medyczny nie obawiał się aż tak konsekwencji swojej działalności. Jeśli sprawy nie będą zamykane pod dywan, będzie można poddać analizie, jaka była ich przyczyna, by w przyszłości ich uniknąć. Tymczasem obecnie o wielu zdarzeniach się nie dowiadujemy. /ee

Bartłomiej Chmielewicz – Rzecznik Praw Pacjenta, radca prawny, wiceprezys dyrektora w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji. Pracował też w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów i Biurze Rzecznika Finansowego. Urząd Rzecznika Praw Pacjenta sprawuje od 30 października 2017 r.

Psychiatra pilnie poszukiwany



KOLEJKA
DZIECI

w kryzysie

FOU GETTY IMAGES



KATARZYNA
WŁODKOWSKA



20P

Proszę pani, nie mogę pomóc. Oddział dziecięco-młodzieżowy został zamknięty, przyjęcia też. I dodzwoniła się pani do psychiatry osób dorosłych. Tak, rozmawia pani z lekarzem dyżurnym

Gdański psychiatra: – Gdy zaczynałem pracę, w ciągu miesiąca na izbę przyjęć trafiał może jeden nastolatek. Dziś w czasie dyżuru osoby niepełnoletnie z myślami samobójczymi potrafią stanowić połowę zgłoszeń. Większość odsyłam do domu. I biorę pod uwagę, że takie dziecko może potem doprowadzić do kolejnego kryzysu.

– Jak to?
– A co mam zrobić?

NOC NA CIENKIM MATERACU

Marta na oddział dziecięco-młodzieżowy gdańskiego szpitala psychiatrycznego trafiła jako 16-latką.

– Wzięłam garść tabletek, mocno się okaleczyłam – opowiada dziś 21-letnia Marta. – Opatrzyła mnie mama. Zawiozła do psychiatry, a on wystawił skierowanie. Zostałam przyjęta, zaczęło się od tego, że lekarz dyżurny na mnie nakrzyżał: „Ale chciała pani umrzeć czy nie? Nie, to po co się pani okaleczała?”. Pierwszą noc spędziłam na cienkim materacu. Razem ze mną na korytarzu leżały jeszcze dwie osoby. Po kilku dniach dostaliśmy swoją salę. Byłam tam niecałe dwa miesiące. Na oddziale nie było ani kalendara, ani zegara. By zapanować nad czasem, prowadziłam pamiętnik.

Wpis Marty z 30 listopada 2017:
„Znalezione Julii pod prysznicem z jakimś plastikiem i tnącą się.

Próba samobójcza Darii w toalecie.
Pasy”.

Marta: – Widać było, że brakuje im pracowników. Kiedy lekarza na stażu poinformowałam, że znów myślę o zrobieniu sobie krzywdy, zostałam zapięta w pasy. Decyzja zapadła w porozumieniu ze mną, ale pod koniec dnia przyszedł i powiedział, że boi się mnie rozpiąć. Bo jest tu pierwszy raz, a w weekend nie będzie żadnego lekarza, tylko zabiegani dyżurni. I wystawił mnie tak do poniedziałku. Na szczęście miałam unieruchomione tylko ręce, więc mogłam się powiercić. Pasy były dość częste, za każdą niesubordynację, np. podniesienie głosu. Pielęgniarki używały ich jako bata: „Bo pójdziesz w pasy!”. Najgorzej miały osoby z anoreksją. Zero kontaktu z rodziną, spacerów, szkoły, aż do pierwszej poprawy. Ale też ich stan był zwykle krytyczny. Najbardziej zawiądał mnie psychoterapeuta. Opowiadała pacjentce o moich doświadczeniach na tyle szczegółowo, że domyśliła się, iż chodzi o mnie. Nie chciałam już się zwierzać. Nie tylko ja.

W marcu 2019 roku Marta znów trafiła do szpitala. Ale jako osoba pełnoletnia, więc na oddział dla dorosłych.

– Powodem były silne omamy słuchowe i halucynacje. W trakcie pobytu nie dowiedziałam się, skąd się wzięły, dziś wiem, że najpewniej był to efekt ostrej depresji. Podano mi silne leki, nie poinformowano jakie. Na dziecięco-młodzieżowym była jasna ścieżka prowadząca do wyjścia, pokonywanie kolejnych etapów: muzykoterapia, psychoterapia indywidualna i grupowa, fajny wychowawca. I wszystko zaczynało się od spotkania z oddziałową społecznością. Na oddziale dla dorosłych żadnej terapii, tylko zajęcia relaksacyjne, w trakcie których dostaliśmy kolorowanki. A były tam osoby 50- czy 60-letnie, niektóre od miesięcy, leżące bez celu. Był też 8-latek. Psycholog spotkał się ze mną raz, trwało to jakieś dziesięć minut – mówi Marta i zaraz dodaje: – Oddział dla dorosłych zmotywował mnie na całe życie – nie chcę tam wrócić, jestem w psychoterapii i pod opieką prywatnego psychiatry. Oddział był jeszcze przed remontem, późny PRL, kiepy w kłozie, w palarni czułam marihuany. Do tego molestujący kibol. Łaził za mną i koleżanką, pytał, czy „umyć nam plecki”. Gdy brałyśmy prysznic, jedna drugiej pilnowała.

WALCZYMY O GODNOŚĆ

W maju tego roku gdański psychiatryczny oddział dziecięco-młodzieżowy wstrzymał przyjęcia. Chwi-

łę wcześniej o konieczności zamknięcia oddziału poinformował szpital w Gnieźnie. Nikt tam nie odpowiedział na ofertę pracy ordynatora oddziału dla nieletnich, a zatrudnieni lekarze złożyli wypowiedzenia. Rezygnację z pracy zapowiedział na początku czerwca także personel Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera w Poznaniu. Robią to w proteście przeciwko fatalnym warunkom pracy. Klinika dysponuje 25 łózkami, chorych jest tam zwykle o połowę więcej.

„Trudno mówić o zachowaniu godności, gdy łóżkiem staje się materac leżący na podłodze koło brudownika lub toalety” – napisali w liście do ministra zdrowia i Naczelnej Izby Lekarskiej.

Odpowiedzi nie otrzymali, ale dyrekcja szpitala i samorząd województwa, jako właściciele placówki, usiedli z lekarzami do negocjacji.

W ubiegłym roku wypowiedzenia złożyli lekarze szpitala psychiatrycznego w Świecie i kliniki w Warszawie. Uzyskali w ten sposób podwyżki i pieniądze na lepsze funkcjonowanie.

A jeszcze wcześniej zrobił to Gdańsk.

– Personel był skrajnie przeciążony, u granic psychicznej wytrzymałości – z doktor Izabelą Łucką, drobną brunetką w niebieskim kitlu, szefową dziecięcej psychiatrii w gdańskim szpitalu i wojewódzką konsultant, rozmawiam w jej gabinecie. – Pielęgniarki nie miały jak zapanować nad agresywnym pacjentem, bo jak kogoś unieruchomić, skoro leży na materacu? W dniu, kiedy nie wytrzymałyśmy, na oddziale było 12 nowych przyjęć przy braku miejsc. Dzieci trzeba było kłaść w stołówce.

Doktor Łucka opowiada o wydarzeniach z listopada 2019. Umowami rzuciły wtedy cztery lekarzy – wszyscy psychiatrzy dziecięcy szpitala. Placówka na gdańskim Srebrzysku dysponowała wówczas 37 łózkami dla nieletnich. A na oddziale przebywało ponad 50 osób.

MOLESTOWANIE NA ODDZIALE

Wcześniej, bo w maju 2019, do policji wpływają zawiadomienia o molestowaniu dwóch 13-latek przez dorosłego pacjenta. Składa je matka dziewczynki. W kolejnym miesiącu do prokuratury zgłasza się szpital: 15-latką poinformowała rano pielęgniarki, że w nocy doszło seksualnego nadużycia. Sprawcą był 26-latek z oddziału dla dorosłych, gdzie dziewczynkę położył, bo na dziecięco-młodzieżowym nie było miejsca. Miesiąc później dochodzi jeszcze do molestowania 14-latką. Rok wcześniej, w czerwcu 2018, miała miejsce podobna sytuacja na dziecięco-młodzieżowym: 17-letni pacjent doprowadził 13-latkę „do innej czynności seksualnej”.

Prokuratura wszczyna śledztwo i dopytuje o standardy. Słyszy: pacjenci mogą w nocy poruszać się po oddziale, jeśli chcą do toalety lub napić się wody. Lekarze i pielęgniarki skarżą się, że nie da się wszystkich upilnować, skoro łóżek jest już ponad 400, a na nocnym dyżurze dwóch lekarzy i po dwie pielęgniarki na każdy oddział.

Kiedy dochodzi do pierwszego zgłoszenia, ówczesny dyrektor gdańskiego szpitala zostaje zmuszony do przejścia na emeryturę, a prokuratura bada także ewentualne niedopełnienie obowiązków przez pracowników placówki (zostanie umorzone, bo rodzice wyrazili zgodę na umieszczenie córki na oddziale). Z kolei nowa dyrekcja pyta NFZ i ministra zdrowia, co ma robić, gdy brakuje miejsc. Fundusz odpisuje, że kładź dzieci z dorosłymi. Ale zmienia kryterium wiekowe – młody pacjent musi mieć ukończone 16 lat.

Gdańsk z zalecenia nie korzysta, nieletni mogą trafiać odtąd tylko na dziecięco-młodzieżowy, o czym początkowo przypomina odręcznie zapisana i powieszona w izbie przyjęć kartka. Jeśli nie ma wolnych łóżek i miejsca na dostawkę, pielęgniarki obdzwaniają okoliczne szpitale. Gdy w Polsce północnej nie się nie znajduje (możliwości to 16 łóżek psychiatrycznych w Starogardzie i cztery w Chojnie), szukają w innych regionach. Podczas pracy nad tym tekstem jedno z dzieci zostaje przewieziono aż do Bolesławca Śląskiego.

A CO, JEŚLI SIĘ POMYŁĘ?

Wywieziono kartkę, by młodych na oddział dla dorosłych nie przyjmować, ale Ministerstwo Zdrowia nie zaproponowało żadnej zmiany w procedurach. Lekarzom ciąży ciągle szukanie miejsc w szpitalach lub odmawianie przyjęcia na oddział. Uznają, że w takich warunkach nie da się pracować, i to wtedy wywołują umowy.

Bunt pielęgniarek i lekarzy pozwala wynegocjować pod koniec 2019 roku nie tylko nowy limit za kontraktowanych z NFZ miejsc na dziecięco-młodzieżowym, ale też zmianę umów na kontrakty. I tym samym podniesienie wynagrodzenia. Kolejny warunek dotyczy superwizji zespołu. Przez lata lekarze i psycholodzy opłacali ją z własnych pieniędzy, pielęgniarek nie było nawet stać. A przecież superwizja to podstawa, podkreśla doktor Łucka, moment, kiedy można odreagować i przepracować, co najbardziej wymagające w pracy z pacjentami.

– Bez zeszlorocznej pożyczki urzędu marszałkowskiego dawno byśmy się zamknęli – mówi nowy dyrektor szpitala Mariusz Kaszubowski. – Wyniosła ona 4,5 miliona złotych.

Dziury w dyżurach to jeden z większych problemów. Kolejni lekarze odmawiają pracy w izbie przyjęć, zmalała pula medyków dostępnych w nocy. Bo zbuntowani psychiatrzy dziecięco-młodzieżowi wynegocjowali coś jeszcze: brak dyżurów. Oficjalnie jest ich mało, muszą mieć siłę, by pracować na oddziale. Nieoficjalnie także dlatego, że nie chcą wychodzić po izbach lekarskich i prokuraturze.

Sytuacji zaradzano tak: lekarze na etatach dyżurować muszą. Na izbę przyjęć rzucono też dwóch rezydentów szkolących się na psychiatrów dziecięcych. Tym na kontraktach zaoferowano indywidualne stawki. Dyżuruje też były dyrektor placówki.

– Dyżur to dziś problem etyczny i prawny. – Leszek Trojanowski jest psychiatrą osób dorosłych, gdańskim szpitalem kierował przez 21 lat. – Dlatego ludzie nie chcą. Niektórzy dzień przed snem nie mogą. Bo co zrobić, jeśli mamy przed sobą dziecko, które mówi, że chce się zabić i zero wolnych łóżek?

– Właśnie, co? – pytam.

– Staram się ocenić, na ile niebezpieczeństwo jest realne. Jeśli widzę ewidentne zagrożenie życia, a nigdzie indziej nie ma miejsc, to trudno, rozkładam choćby materac. Ale nawet podłoga nie jest z gumy. Prawda jest jednak taka, że jeśli coś się wydarzy, nikt nie będzie szukał przyczyn w systemie. Za przyjęcie dziecka do szpitala lub nie odpowia-

Mam leżących na korytarzach i 80 osób w kolejce do oddziału młodzieżowego przy 16 łózkach. Rozładuje się może za dwa lata. Tymczasem siedzi przede mną młoda dziewczyna i mówi, że się zabije. Ale jest piątą, która tego dnia to powiedziała, muszę dokonać selekcji

da dyżurny. Nie ma na to wpływu nawet blokada przyjęć. Już pomijam, że na izbie powinien być specjalista od dzieci i młodzieży, a nie ja.

– W sensie?

– Specjalizuję się w psychiatrii dorosłych, a nie nieletnich, u których występują podobne jednostki chorobowe jak u osób dorosłych, ale odmiennie są ich objawy. Część z nich jest też rozpoznawana tylko u dzieci i młodzieży. A im dziecko jest młodsze, tym trudniej jest mu określić swój stan emocjonalny. W przypadku osoby pełnoletniej widzenie pewnych rzeczy czy niecodzienne przekonania i zachowania można zazwyczaj dość łatwo uznać za przejaw problemów w funkcjonowaniu psychiki. U młodego człowieka trzeba rozgraniczyć, co jest wyniszczeniem psychicznym, a co stanem chorobowym. Psychiatrii dziecięcej podczas studiów jest bardzo mało, jedno seminarium. Po to stworzono specjalizację, by te trudności minimalizować. Ale skoro na Pomorzu mamy tylko 29 specjalistów i zdecydowana większość w publicznych szpitalach nie pracuje, trzeba sobie jakoś radzić. Dochodzi do absurdów. Słupsk, gdzie jest oddział dla dorosłych, przysłał do nas na konsultację dziecko. Akurat miałem dyżur. A jestem takim samym psychiatrą jak ten na miejscu.

W Starogardzie dyżury pełni m.in. Krzysztof Kółca, wicedyrektor szpitala, także specjalista od psychiatrii dorosłych.

– Za każdym razem muszę wystawić nawet pięć odmów dzieciom w wieku od 12 do 16 lat, bo to najczęstszy wiek, kiedy dochodzi do samouszkodzeń albo deklaracji złożonych w trakcie rozmowy ze szkolnym psychologiem – mówi Krzysztof Kółca. – I weź to, człowieku, na głowę. A mam ludzi leżących na korytarzach i 80 osób w kolejkę do oddziału młodzieżowego przy 16 łóżkach. Rozładuje się może za dwa lata. Tymczasem siedzi przede mną młoda dziewczyna i mówi, że się zabije. Ale jest piątą, która tego dnia to powiedziała, muszę dokonać selekcji. Mam za sobą 25 lat pracy, potrafię ocenić zagrożenie, ale jeśli się pomyli, będzie pani miała reportaż z za krat. Tak to wygląda.

KAŻDY CHCE UNIKNĄĆ ZARZUTU

Ciasny i jasny lekarski pokój lekarza dyżurnego. Wąskie łóżko, biurko, fotel. Psychiatra, nawiązując go Leon, opowiada o swojej pracy.

– Gdy zaczynam, a było to pod koniec lat 90., w ciągu miesiąca na izbę przyjęć trafiał może jeden nastolatek. Wszyscy byli przejęci, dopytywali, co się stało. Dziś w czasie dobowego dyżuru osoby niepełnoletnie lub dwoje z myślami samobójczymi potrafią stanowić połowę zgłoszeń. Większość odsyłam do domu ze świadomością, że może potem dojść do kolejnego kryzysu. Zapisuję leki, zlecam konsultację w przyszłotygodniowej poradni. Rodzice przy odmowie często krzyczą, grożą prokuratorem.

Psychiatra spодobała mi się na studiach. Do tego czasu myślałem, że choroba oznacza chaos, szaleństwo. Na stażu zobaczyłem, że wszystko da się przyporządkować, skategoryzować, leczyć. To była fascynacja, pieniędzy nie liczyłem. Ale z czasem tego, co mnie do zawodu przyciągnęło, było coraz mniej. Osób chorych psychicznie jest w Polsce tyle samo, ale z czasem zaczęło przybywać pacjentów nieradzących sobie ze stresem, niepotrafiących budować związków, wyznaczać celów i do nich dążyć. I te dzieci, które dziś do nas przyjeżdżają, to moi młodsi bracia. Wychowankowie tego pokolenia. Generacja, która pozakładała rodziny, ale porzuciła wychowywanie dzieci. Przyszli na izbę niedawno rodzice 17-latk. Przestał wychodzić z pokoju, grał w gry komputerowe, podejrzewałem depresję.

– A skąd syn ma komputer? – zapytałem.

Z czym przychodzą młodzi? Głównie próby samobójcze będące wynikiem braku akceptacji w domu, osamotnienia, porzucenia, niezaspokojonych potrzeb emocjonalnych, przemocy psychicznej, fizycznej i seksualnej i konsekwencje tego wszystkiego w środowisku szkolnym: ostracyzm, wyśmiewanie, poniżanie, bycie kozłem ofiarnym, wykluczenie



- No my mu kupiliśmy.
- A po co?
- Żeby się uczył.
- I uczył się?
- No nie.
- A co robił?
- Grał w internet.
- A skąd syn ma internet?
- My mu udostępniamy, żeby się uczył.
- I uczył się?
- Nie, tylko gra.
- Ma w domu jakieś obowiązki? Na przykład wynosi śmieci lub robi pranie?
- Nie, bo ma się uczyć, więc staramy się go nie obciążać.
- Swoją pokój sprząta?
- Też nie.
- A co państwa syn potrafi?
- ...
- To jak ma się zabrać do nauki, skoro nie wyposażyli go państwo w podstawowe umiejętności?

Leon dalej: – Takich rozmów mam wiele. A idą kolejne trudności: katastrofa klimatyczna, kryzys ekonomiczny, dalszy uchodźczy, pogarszanie się jakości życia. Co będzie, skoro ludzie już dziś nie mają zasobów, by sobie radzić? Do tego depresja, która w 2030 roku ma być najczęściej występującą chorobą na świecie, i chroniczny stres. A jeszcze zanim dziś ktoś zacznie mieć kłopoty ze zdrowiem, by złożyć objawy lęku, sięga po narkotyki, alkohol. Trwa to latami, mózg ulega uszkodzeniu, szanse na wyzdrowienie maleją. To częste przypadki wśród 30-latków. Dramatyczna sytuacja szpitali wynika z tego, że pierwszym kontaktem takich osób z psychiatrą jest najczęściej zgłoszenie na izbę przyjęć. Chodzi o to, żeby tak nie było.

Naszą rozmowę przerywa telefon. Leon odbiera, ja słucham: „Je lat ma córka? Komu powiedziała o stanach lękowych? Aha, pedagogowi szkolnemu. Proszę pani, nawet gdybym bardzo chciał, nie mogę pomóc. Nie mam miejsca na oddziale dziecięco-młodzieżowym, został zamknięty, przyjechał też. Po tym dodzwoniła się pani do psychiatry osób dorosłych, nie pracuję z młodzieżą, to nie jest moja dziedzina medycyny. Tak, rozmawia pani z lekarzem dyżurnym, i w każdej chwili może się pojawić karetka z po-

budzonymi pacjentami, w bardzo złym stanie, tu nie ma warunków do przeprowadzenia wnikliwego wywiadu odnośnie pacjenta i rodziny, a od tego należałoby zacząć. Słyszę, co pani mówi, ale izba przyjęć to nie jest miejsce, w którym uzyskuje się poradę. Proszę pani, zapewne tak jest, ale to trzeba się umówić do specjalisty. Tak, wiem, że są kolejki, proszę poszukać pomocy ambulatoryjnej, zapewne jest potrzebna, ale stary lekowiec to nie jest powód, by kłaść dziecko w szpitalu psychiatrycznym. Rozumiem, nie ma za co, do widzenia”.

Po odłożeniu słuchawki: – W niemal każdej szkole raz, dwa razy w tygodniu ktoś się tnie, grozi samobójstwem, upija do nieprzytomności, przedawkowuje. W raportach z izby przyjęć zdumiewa podobieństwo opisów: młody człowiek ma problemy w domu i idzie do lasu, robi zdjęcie gałęzi, umieszcza na Facebooku lub wysyła SMS-a. Można sobie wyobrazić, że chce ten sznurek zawiesić, bliscy za niepokojeni, pacjent przyjeżdża do szpitala w asyście policji. A we krwi 1,5 promila. Tłumaczy: nie wiedział, jak poprosić o pomoc, nie spodziewał się, że ktoś wezwie radiowóz. Raczmy myśleć, że jak wysłał taki sygnał, to bliscy zaopiekują się, pomogą rozwiązać problem. Szpitale odzwierciedlają dziś patologię społeczną: w domach się nie rozmawia, w szkole wyśmiej, do tego uzależnienie od internetu, powszechność narkotyków, naśladownictwo. To wszystko bardzo poważne sprawy, ale łóżko szpitalne z tego nie wyleczy. Niby powstają nowe poradnie, ale pracują w nich psycholodzy bez doświadczenia. Pojawia się trudny temat, od razu wysyłają do szpitala. Każdy chce uniknąć zarzutu, że nie nie zrobił.

WSTYDZIŁAM SIĘ MÓWIĆ, ILE ZARABIAM

Ustawa o zdrowiu psychicznym pochodzi z 1994 roku. Jej głównym celem było odejście od niechlubnej historii polskiej psychiatrii, kiedy uważano się, że chorych trzeba izolować.

– Chodziło o to, by w zgodzie z panującymi trendami iść w kierunku rozwoju opieki psychiatrycznej opartej na zasa-

dach psychiatrii środowiskowej, czyli chcemy być najbliższe źródła, a więc rodziny pacjenta – wyjaśnia Izabela Łucka. – Ale niewiele w tym kierunku zrobiono. Utrzymał się przestarzały i niedofinansowany system oparty głównie na przepelnionych szpitalach. Odkąd pamiętam, było źle. Od zawsze mieliśmy niższe niż przy innych specjalnościach wynagrodzenie. Wiele lat wstydziłam się mówić, ile zarabiam. Dziś jest trochę lepiej, ale przez lata trudno było o chętnych do szkolenia się na psychiatrów dziecięcych. Wszyscy, którzy odpowiadali za organizację służby zdrowia, po kolei opowiadali, jak ważne jest dla nich zdrowie psychiczne Polaków. A już szczególnie dzieci i młodzieży. Ale myślenie nie uległo zmianie. Pacjent psychiatryczny to pacjent uciążliwy, weźcie do szpitala i coś z nim zróbcie.

Izabela Łucka wylicza, z czym przychodzą młodzi: głównie próby samobójcze będące wynikiem braku akceptacji w domu, osamotnienia, porzucenia, niezaspokojonych potrzeb emocjonalnych, przemocy psychicznej, fizycznej i seksualnej i konsekwencje tego wszystkiego w środowisku szkolnym: ostracyzm, wyśmiewanie, poniżanie, bycie kozłem ofiarnym, wykluczenie.

Na koniec dodaje: – A potem doszła pandemia, która na nieletnich odbiła się najbardziej. I wojna, aktywizująca w polskich domach stary lęk: a jeśli znów wejdą?

PEDIATRZY NIE CHCĄ BYĆ BUFOREM

W marcu 2020, cztery miesiące po buncie, zespół oddziału dziecięco-młodzieżowego szpitala w Gdańsku publikuje list otwarty. Łucka pisze w imieniu medyków, że wróciło do pracy, a sytuacja się zmieniła. Na dalsz kłują się tylko na nieletnich w stanie zagrożenia życia i nie ma procedur dotyczących postępowania z tymi, dla których nie ma miejsc. Proponuje m.in. by oddziały pediatryczne w przypadku braku łóżek psychiatrycznych stanowiły bufor. Czyli wzięli do siebie pacjenta do czasu zwolnienia się miejsca. Pediatrzy pomysł oprotowali.

Przeciwko temu rozwiązaniu buntują się także teraz. Bo temat za sprawą przepełnionych oddziałów właśnie wrócił. Zwolennicy podkreślają, że tylko oddziały buforowe są w stanie zatrzymać falę dramatów – do czasu, aż zacznie działać rozpoczęta w 2018 roku reforma psychiatrii. – Już pani tłumaczę, dlaczego nie chcemy się na to zgodzić – profesor Barbara Kamińska, pomorska konsultantka ds. pediatry, przyjmuje mnie w swoim gabinecie. Po zakończeniu pokazuje mi oddział: sześć lat temu wyremontowany łóżkami czystością, sale z dwoma, maksymalnie trzema łózkami, nowoczesny sprzęt.

– W zawodzie pracuję 52 lata i muszę powiedzieć, że sprawy pediatryi wydają mi się blade wobec tego, co się dzieje z psychiatrią dziecięcą – przyznaje na wstępie. – Tylko Łucka deklaruję, że daje radę. Mają Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze, które dysponuje 70 miejscami. W ośrodku leczeni są jednak pacjenci z całej Polski, więc także u nich robi się ciasno.

Najpierw chciałabym, stwierdza prof. Kamińska, porozmawiać o przyczynach zapaści.

– Wbrew stereotypowej opinii kryzys nie zawsze wywołuje chorobę psychiczną – mówi. – Dziś najczęstszym problemem są niefunkcjonalne rodziny, dorośli abdukcją z roli rodziców. Zabiegani byli od zawsze, ale w ostatnich latach zaczęło się to nasilać. Pęd za spłatą kredytów zburzył w rodzinach poczucie wspólnoty.

Na naszym oddziale gastroenterologii, gdzie jest 25 łóżek, bywa, że leży siedem pacjentek z anoreksją. Nigdy tak nie było. Nie było też tylu dziewczynek w niechcianych ciążach albo już po porodach. Jedna z naszych pacjentek w wieku 11 lat dostała miesiaki. Była pierwsza w klasie, na WF brała zwolnienie. Koleżanki zaczęły jej dokuczać, trafiła do nas w ciężkim stanie. Potem powiedziała: „Taki głupi powód, ale ja nie miałam się do kogo zwrócić”. Niedawno byli u mnie rodzice 13-latk. Siedem lat po rozwodzie, a siedzą przede mną i wyrzucają sobie, kto jest lepszym rodzicem, a kto gorszym. Dziecko wychodzi ze mną z gabinetu i pyta: „I jak ja mam to wytrzymać?”.

Już dziś regularnie przywożeni są do nas nieletni po próbach samobójczych. A samobójstwa to druga najczęstsza przyczyna zgonów nastolatków zaraz po wypadkach komunikacyjnych. Tylko co ma zrobić pediatra? Ocenic stan psychiczny? Ktoś musi to dziecko skonsultować. Osoby w takim stanie nie mogą leżeć w niezabezpieczonych pomieszczeniach, z małymi dziećmi. Muszą mieć zapewnioną ochronę i dozor. Ostatnio przywieziono do nas 17-latkę. Wyrwał kropiówkę, zaczął uciekać. Niech pani zobaczy tę korespondencję.

Maj 2022, e-mail od słupskiego pediatry: „Pani profesor, karetki zwożą na nasz SOR młodych pacjentów psychiatrycznych, bo słupski oddział dla dorosłych ich odsyła. Odmawiają konsultacji, sporadycznie zgoda się, gdy pacjent ma 17 lat, ale na hospitalizację nie ma szans, nawet jeśli brakuje kilku miesięcy do pełnoletności. Bywa, że takie dzieci są na SOR-ze codziennie. Sytuacja z dziś: SOR, noc, 13-latkę z myślami i zamiarami samobójczymi. Wysłałam rano na Srebrzysko, pisząc, że w Słupsku nie ma jak zrobić konsultacji. Wróciła, napisała, że dziecko zostało przysłane bez uzgod-

nienia miejsca. Babcia (opiekun prawny) do domu jej zabrać nie chce, bo się boi (poniekąd rozumiem). Zaczynam szukać miejsca w innych szpitalach, ale jest piątek, porażka raczej gwarantowana. W międzyczasie zjechało dwóch kolejnych pacjentów – jeden z napadem paniki, drugi próbował rzucić się pod pociąg”.

Następny dzień: „Pani profesor, ta dziewczynka nadal leży na SOR. Pozostała dwójka została wypisana (pierwszy leczy się psychiatrycznie, ale problem nie jest duży, drugi miał zamiary w wyniku przyjęcia marihuany, problemów psychiatrycznych wcześniej nie notowano, poszedł do domu). 13-latkę nadal zgłasza myśli i mówi, w jaki sposób chce to zrobić. Nie podaje przyczyny zamiarów. Blizny po samookaleczeniach. Sprawdziłam wolne miejsca: Świecie – brak, może coś się znajdzie w ponie-dzialek; Gdańsk zamknął oddział; Szczecin 18 pacjentów ponad stan, a według lekarza dyżurnego jeśli pacjentka wymagała hospitalizacji, zgodnie z procedurami w Gdańsku nie mieli prawa dziecka ode-słać; Starogard może wypisać dziecko na li-stę oczekujących; do Zielonej Góry się nie dodzwoniłam; Grudziądz – może w ponie-dzialek, Toruń – to samo. Ustaliliśmy z babcią, że do ponie-działku dziecko zostaje na SOR-ze”.

Poniedziałek: „Po dziesiątkach telefonów: jest miejsce w Grudziądzu”. Kamińska: – Dlatego nie chcemy się zgodzić na oddziały buforowe. To próba rozwiązania kryzysu kosztem drugiej strony. I jedynie, co się uda, to poprawić komfort pracy zespołów ratownictwa.

W tym momencie do gabinetu profesor wchodzi lekarz oddziałowy. Słyszy, o czym rozmawiamy, mówi podniesionym głosem: – Dobrze! Idziemy do miejsca, gdzie każdy te dzieci sobie podrzuca!

KONKURS BEZ UCZESTNIKÓW

Tylko w czerwcu dowiaduję się o trzech samobójstwach nastolatków w Trójmieście i jednym usiłowaniu, którego efekty wciąż leczy szpital. Albo o matce, której córka opowiedziała o lękach szkolnemu psychologowi, ale że wizyta u psychiatry dopie-

ro za dwa miesiące, zrezygnowała z pracy i nie opuszcza dziecka dzień i noc.

Rozmawiam z 23-letnią Weroniką. – Wydawało mi się, że częsty płacz, smutek, bezsenność to coś, na co zasługuję – opowiada o okresie liceum. – Latami ukrywałam ten stan przed mamą, koleżankami, z ojcem też nie porozmawiałam. Bo i jak, zostawił nas, gdy miałam roczek. Wcześniej mnie porwał na dwa tygodnie, to był jego sposób na negocjacje finansowe z matką. Do psychiatry poszłam dopiero na pierwszym roku studiów, dzięki rozmowie z siostrą. Prywatnie. Myśli samobójcze miałam latami. Siostra też ma problemy, i większość jej znajomych. W czerwcu pierwszy raz znalazła się w szpitalu. Ja też powinnam, od ponad roku mam silne psychozy, wydaje mi się, że wszechświat daje mi znaki. Próbowałam dostać się na oddział dzienny, mieści się w Gdańsku i jest jedyny na Pomorzu, ale usłyszałam, że pierwsze wolne miejsce będzie za pół roku. Czekam na powstanie centrum zdrowia psychicznego.

Reformę polskiej psychiatrii zapoczątkowano w 2018 roku. Opiekę nad dorosłymi mają przejąć centra zdrowia psychicznego (w tym roku w pilotażu będzie ich 75, do roku 2027 ma być ich 250-300). Placówki działają w dni robocze w godzinach 8-18, można się zgłosić bez wcześniejszego umawiania lub skierowania. Model ten znacząco wpływa na spadek liczby hospitalizacji psychiatrycznych.

Jeśli chodzi o dzieci i młodzież, reforma przewiduje trzy poziomy opieki: środowiskowe ośrodki psychologiczno-terapeutyczne (bezpłatne wsparcie oparte na pracy psychologów i psychoterapeutów), centra zdrowia psychicznego dla nieletnich (psychiatra dzieci i młodzieży, psycholog kliniczny, oddział dzienny) i – w przypadku stanów ostrych – szpitale. Dla powodzenia reformy kluczowy jest poziom pierwszy. Ośrodki mają działać na terenie każdego powiatu (jest ich 343, docelowo ma być 400), czyli w lokalnym środowisku pacjenta, i radykalnie poprawić dostęp do opieki psychologicznej. A także odciążyć szpitalne oddziały oraz izby przyjęć.

– Nie dzieje się tak z kilku powodów. – Rozmawiam z szefową jednego z ośrodków psychologiczno-terapeutycznych. – Zasady ministerstwo zmieniało już kilka razy. W połowie marca dowiedzieliśmy się, że od pierwszego ograniczono nam liczbę świadczeń. Dotąd musieliśmy wykonać ich minimum 412, wymóg ten zmieniono na maksimum 375 godzin pracy personelu i za więcej nam nie zapłacą. Oznacza to wydłużenie kolejki, która już dziś wynosi od czterech do pięciu miesięcy. Do tego stawki NFZ, np. za poradę psychologiczną, wynoszą 98 złotych, czym poradnia ma się podzielić ze specjalistą. W gabinetach prywatnych stawka za wizytę wynosi od 100 do 150 złotych. A musimy też trzymać standard, psycholog świadczący usługi ma mieć przynajmniej roczne doświadczenie w pracy z dziećmi i młodzieżą. Problemy kadrowe to powód, dla którego aż w czterech pomorskich powiatach do konkursu na prowadzenie ośrodka nikt nawet nie przystąpił.

Drugi poziom, centra zdrowia dla nieletnich, właśnie startuje (do teraz pilo-

taż objął 41 placówek). Tu też szykuje się kłopot kadrowy. Psychiatrów dziecięcych przybywa (obecnie jest ich 462 i 253 osoby w trakcie szkolenia), ale w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców wciąż mamy najniższą liczbę lekarzy tej specjalizacji w Europie.

– W ramach drugiego poziomu mają być uruchomione przyszpitalne poradnie dla nieletnich – tłumaczy dr Kolcz, którego szpital, jak i gdański, wygrał konkurs. – W każdej placówce musi pracować psychiatra. Porada psychiatryczna lub terapeutyczna musi trwać od 50 do 70 minut. Czyli lekarz przychodzi na pięć godzin po południu, bo tak zwykle chcą pracować, i przynajmniej średnio pięć osób. A w poradni niepublicznej w tym samym czasie może przyjąć nawet 30, bo nie ma limitu czasu. Potrzebny są takie, że koleżanki i koledzy w prywatnych gabinetach przyjmują nawet o pierwszej w nocy. Niech mi pani powie: jak mam zachęcić lekarzy, by pracowali u mnie, a nie w niepublicznym ZOZ-ie? Priorytetem jest rozładowanie kolejek. Tłumaczyliśmy to ministerstwu, kazali nam spadać na drzewo.

Według lekarzy to niska wycena powoduje, że medycy przechodzą do sektora prywatnego, a wielu rodziców nie stać na prywatne terapie. Zwracają też uwagę na system szkoleń.

– Od ubiegłego roku jesteśmy drugą placówką na Pomorzu mającą kompetencje do szkolenia specjalistów – dodaje Kolcz. – Mamy dwóch psychiatrów dziecięcych, mogliby uczyć sześć osób. Ale uczą trzy, bo tak ktoś wymyślił. Przez lata przynoszono tylko jedno miejsce specjalizacyjne na całe województwo i nikt nie potrafił tego zmienić.

ODPOWIEDŹ MINISTRA

W lutym tego roku trzech konsultantów wojewódzkich ds. psychiatrii dzieci i młodzieży napisało do ministra zdrowia, że sposób wybierania świadczeń, skomplikowane sprawozdania czy wyznaczenie limitów czasowych zmniejszy i tak już niedostateczny dostęp do specjalistów. Raz jeszcze zaapelowali o oddziały buforowe na pediatrii. Nie otrzymali odpowiedzi.

Pod koniec marca Izabela Łucka wysłała jeszcze jeden list. Napisała, że gdański oddział dziecięco-młodzieżowy jest permanentnie przepełniony, jadalnia nie jest w stanie pomieścić wszystkich w trakcie posiłku, podobnie z toaletami i łazienkami. Wzrasta ryzyko błędów medycznych, zagrożone jest bezpieczeństwo pacjentów. Takie warunki uniemożliwiają prowadzenie terapii i wpływają na eskalację zachowań agresywnych. Wskazała na potrzebę korekty reformy.

Adam Niedzielski odpowiedział, że zmiany mają charakter ewolucyjny, i przypomniał, że to samorząd województwa prowadzi podmioty lecznicze. „Wobec czego zapewnienie mieszkańcom danego województwa dostępu do opieki psychiatrycznej stanowi przede wszystkim obowiązek organów samorządu województwa”.

Łucka: – Jakbym w twarz dostała. Nikt nie chce wziąć odpowiedzialności. ●

• Kontakt z autorką reportażu przez stronę katarzynawlodkowska.pl

Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży

• W 2021 r. 1496 dzieci i nastolatków poniżej 18. roku życia podjęło próbę samobójczą, aż 127 z tych prób zakończyło się śmiercią. W stosunku do 2020 r. jest to wzrost odpowiednio o 77 proc. zachowań samobójczych oraz o 19 proc. śmierci. Szczególnie niepokojący jest wzrost zachowań samobójczych wśród dziewczyn. W 2021 r. wyniósł on 101 proc.

• W Polsce w ciągu ostatnich 10 lat policja prowadziła

postępowania w przypadku 1181 śmierci samobójczych dzieci i nastolatków do 18. roku życia, a także 5658 prób odebrania sobie życia. Samobójstwa to druga najczęstsza przyczyna zgonów wśród nastolatków zaraz po wypadkach komunikacyjnych. Każde samobójstwo i próba samobójcza wpływa nawet na 20 osób z najbliższego otoczenia.

• Dane KGP pokazują tylko te próby oraz śmierci, które zostały zgłoszone. Według

Światowej Organizacji Zdrowia na każdą odnotowaną w oficjalnych rejestrach śmierć samobójczą młodej osoby przypada od 100 do 200 prób. Jeśli założymy, że współczynnik ten jest adekwatny do Polski, to próbę odebrania sobie życia w ubiegłym roku podjęłoby od 12 700 do 25 400 osób poniżej 18. roku życia. ●

Źródło: Raport „Życie warte jest rozmowy”

Premia za ciągłość w profilaktyce onkologicznej

OCHRONA ZDROWIA

Agata Szczepańska
agata.szczepanska@infor.pl

Będą dodatkowe punkty dla lecznic, które w latach 2019–2022 nieprzerwanie realizują umowy dotyczące programu opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowa-

nego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe. Na premie mogą liczyć także placówki zatrudniające lekarzy specjalistów w dziedzinie genetyki.

Takie rozwiązania przewiduje rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie

zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, skierowane do publikacji. Ma ono zapewnić ciągłość w realizacji programów profilaktycznych. Premiuje m.in. doświadczenie, wyspecjalizowaną kadrę, a także odpowiednie laboratoria.

Nowelizacja jest konsekwencją zmian wprowa-

dzonych rozporządzeniem z 21 lipca 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. poz. 1542). Wprowadziło ono do koszyka programy przeznaczone dla osób obciążonych

ryzykiem zachorowania m.in. na raka piersi, raka jajnika, raka jelita grubego. Jednocześnie z końcem sierpnia ma się zmienić sposób finansowania tych świadczeń, dotychczas prowadzonych w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO). Od września ten obowiązek przejmie NFZ.

Przypomnijmy, w związku z tą zmianą pojawiły się informacje o wstrzymaniu programów, czemu jednak resort stanowczo zaprzeczył. Natomiast placówki je realizujące dostały w czerwcu pisma z wezwaniem do podpisania aneksów do umów.

© P

MZ określa zasady reklamowania wyrobów medycznych

WYMOGI

Jakub Styczyński

jakub.styczynski@infor.pl

Ustalenie treści i czytelności komunikatów w reklamach wyrobów medycznych oraz ograniczenie miejsc, w których takie produkty można promować – to główne cele projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie reklamy wyrobów medycznych, które w czwartek opublikowano na łamach Rządowego Centrum Legislacji. Projekt rozporządzenia stanowi akt wykonawczy do ustawy z 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 974).

Zgodnie z propozycjami reklama wyrobu medycznego kierowana do publicznej wiadomości miałaby zawierać informacje o przeciwwskazaniach do używania produktu, jeżeli takie występują. Ponadto informacje o prawdopodobnym ryzyku związanym z używaniem produktu zgodnie z jego przewidzianym zastosowaniem. Obowiązkowe byłoby też wskazanie nazwy producenta lub upoważnionego przedstawiciela.

Dane zawarte w reklamie wyrobu miałyby być przedstawiane w formie audiowizualnej lub wizualnej w sposób widocz-

ny i czytelny albo wyrażone w sposób dźwiękowy. Poza tym proponuje się, aby reklama wyrobów medycznych zawierała jedno z dwóch ostrzeżeń, zależnych od tego, czy dla danego wyrobu zidentyfikowano przeciwwskazania do stosowania. Zaproponowano również szczególne dotyczące widoczności tychże komunikatów oraz minimalny czas ich odczytywania przez lektora.

Minister zdrowia chce też, aby reklama wyrobów medycznych nie ograniczała powierzchni ekspedycyjnej przeznaczonej dla osób korzystających z usług apteki i była

umieszczana w stałych, wydzielonych miejscach. W podmiotach leczniczych reklamy wyrobów medycznych miałyby być zaś umieszczane tylko w poczekalniach dla pacjentów.

Zarówno w aptekach, przychodniach, jak i placówkach obrotu pozaaptecznego (a więc np. w kioskach, sklepach spożywczych i na stacjach benzynowych) nie wolno byłoby stosować dźwiękowych lub audiowizualnych reklam wyrobów medycznych. © P

Etap legislacyjny

Projekt skierowany do konsultacji

SPOŁECZEŃSTWO



Wyrok TK z października 2020 r. wywołał w Polsce duże protesty

Polska bez aborcji

Wyrok TK spowodował, że w Polsce niemal w ogóle przestano wykonywać legalne zabiegi przerwania ciąży. Ich liczba spadła aż dziesięciokrotnie.

WIKTOR FERFECKI

W 2021 r. dokonano w Polsce 107 legalnych aborcji – wynika z danych Ministerstwa Zdrowia, które w sobotę jako pierwsza opisała „Rzeczpospolita”. I jest to najniższy wynik od dziesięcioleci.

Przez większość lat 80. XX w. aborcji wykonywało się powyżej 100 tys., przy czym pod koniec dekady ta liczba zaczęła spadać. Przełom nastąpił w 1993 r., gdy Sejm uchwalił ustawę o planowaniu rodziny, zawierającą słynny kompromis aborcyjny. Przerwanie ciąży stało się legalne, gdy zagraża ona życiu bądź zdrowiu matki, badania wskazują na uszkodzenie bądź poważną chorobę płodu lub gdy ciąża jest skutkiem czynu zabronionego. Jeszcze w 1993 r. zabiegów było 1,2 tys., a później przez długie lata najwyższe kilkadziesiąt. Wyjątkiem był 1997 r., gdy po krótkotrwałym wejściu w życie ustawy, pozwalającej na aborcję z przyczyn społecznych, liczba wzrosła do 3 tys.

Począwszy od 2015 r., liczba zabiegów ustabilizowała się na poziomie powyżej tysiąca, np. w 2020 r. było ich 1076. W 2021 r. nastąpił więc aż dziesięciokrotny spadek. Powód? Wyrok

Trybunału Konstytucyjnego z października 2020 r., który wyeliminował przesłankę mówiącą o upośledzeniu lub chorobie płodu. Dotąd była ona dominującą przyczyną legalnej aborcji, np. w 2020 r. wykonano na jej podstawie 1053 zabiegi.

W 2021 r. wykreślona przesłanka pozwoliła jeszcze na 75 zabiegów, ale tylko dlatego, że wyrok wszedł w życie pod koniec stycznia. Pozostałe 32 aborcje w ciągu roku miały miejsce z powodu zagrożenia dla życia lub zdrowia kobiety. Z przesłanki mówiącej o ciąży z czynu zabronionego nie skorzystano ani razu.

Przewidywany wzrost

Ujawnienie danych przez „Rzeczpospolita” spowodowało łatwą do przewidzenia reakcję obu stron konfliktu wokół aborcji. Działaczka pro-life Kaja Godek z Fundacji Życie i Rodzina napisała o „tysiącu uratowanych dzieci”, „konkretnych uratowanych ludziach”.

Środowiska pro-choice skupiają się zaś na sytuacji kobiet. Posłanka Lewicy Wanda Nowicka twierdzi, że stała się ona „dramatyczna”. – Skutkiem

wyroku TK Polki są narażone na nieludzkie traktowanie, utratę życia i zdrowia – alarmuje w rozmowie z „Rzeczpospolita”, przypominając przypadki Agnieszki z Częstochowy i Izabeli z Pszczyny, które zmarły – jak spekulowano – z powodu zbyt restrykcyjnego prawa aborcyjnego.

Czy w kolejnych latach liczba zabiegów może wzrosnąć? Działacz pro-life Mariusz Dzierżawski z fundacji Pro-Prawo do Życia uważa, że tak. Jego zdaniem lekarze zaczynają traktować przesłankę o zagrożeniu dla zdrowia kobiety rozszerzając, biorąc pod uwagę zdrowie psychiczne.

– Według danych rządowych w 2021 r. w szpitalach wykonano 34 aborcje ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia matki. Tymczasem w ciągu czterech pierwszych miesięcy roku bieżącego w jednym tylko szpitalu w Oleśnicy wykonano 14 aborcji z tej przesłanki. Wskazuje to, że zwolennicy aborcji dostosowują się do sytuacji prawnej – mówi.

Jednak nie zmienia to faktu, że legalna aborcja pozostanie w Polsce śladowym zjawiskiem. Co innego ta nierejestrowana, której, według różnych szacun-

ków, może być od kilkudziesięciu do nawet 200 tysięcy przypadków rocznie.

Zeńście do podziemia

Zdaniem Wandy Nowickiej najczęściej odbywa się ona w domach z użyciem środków farmakologicznych. – Można ich jednak użyć tylko do 12. tygodnia ciąży. W przypadku ciąż starszych, z komplikacjami, kobiety muszą wyjeżdżać za granicę – mówi. – Państwo odwróciło się od kobiet i ma za nic ich sytuację – komentuje.

I to właśnie ograniczenie nielegalnej aborcji jest obecnie celem środowisk pro-life, które odniosły sukces, przyczyniając się do wyroku TK z 2020 r. Mariusz Dzierżawski nie ukrywa, że jego fundacja zawiadomiła prokuraturę w sprawie stron internetowych ułatwiających zamawianie farmaceutyków do aborcji, jednak postępowania były umarzane. – Największym problemem są aborcje nielegalne przy pomocy pigułek poronnych. W ten sposób w ciągu roku zabija się kilkadziesiąt tysięcy polskich dzieci, a władze zachowują się biernie wobec handlarzy pigułkami śmierci – twierdzi. /ee

Bruksela ma pomysł na opiekę medyczną bez granic

ZDROWIE Porada telefoniczna u lekarza w innym państwie UE na koszt NFZ? Komisja Europejska chciałaby poszerzyć dostęp do leczenia na terenie całej Unii, Polska się nie zgadza. Boi się, że **to zachwieje budżetem** na zdrowie

Klara Klingner
klara.klingner@infor.pl

KE proponuje, by wprowadzić zasadę, że z opieki telemedycznej mogą korzystać wszyscy pacjenci w całej Unii na podobnych zasadach. Polska nie chce na to przystać, chyba że nie wiązałoby się to z dodatkowymi wydatkami z naszej strony.

O jakie sytuacje mogłoby chodzić? Na przykład: pacjent z Polski korzysta z teleporady specjalisty niemieckiego, cze-

skiego czy francuskiego albo z konsultacji zdalnej w sprawie interpretacji wyników badań, USG czy zdjęć RTG, a NFZ musi za to zapłacić. W przyszłości w definicji teleporady mogłyby się mieścić nawet zabiegi: lekarz w innym kraju UE steruje robotem wykonującym operację na terenie Polski.

Taki międzynarodowy sposób korzystania z opieki medycznej bez granic miałby wprowadzić art. 8 projektowanego rozporządzenia KE o wymianie danych medycznych. Projektodawcy piszą w nim, że „w przypadku gdy państwo członkowskie akceptuje świadczenie usług telemedycznych, musi ono akceptować na takich samych warunkach wykonywanie usług tego samego rodzaju przez świadczeniodawców znajdujących się w innych państwach członkowskich”. Polski rząd w uwagach wysłanych do KE w ramach negocjacji dotyczących rozporządzenia informuje, że to

„włącza świadczeniodawców z innych państw członkowskich do puli świadczeniodawców funkcjonujących w (polskim – red.) publicznym systemie opieki zdrowotnej”. Czyli konsultacja telefoniczna z lekarzem pracującym w innym kraju musiałaby być finansowana przez NFZ. A na to zgody nie ma.

Michał Chodorek, prawnik z KRK Legal, uważa jednak, że interpretacja takiego zapisu nie jest oczywista. Jego zdaniem nie ma w nim mowy o finansowaniu, chodzi zaś o wprowadzenie wspólnego standardu oraz usankcjonowanie możliwości takich porad niezależnie od kraju, w którym są wykonywane. Jeżeli w Polsce konsultacja medyczna przez telefon jest uznawana, tak samo powinna być traktowana taka konsultacja z lekarzem z innego państwa. W efekcie np. wyniki trafiłyby do dokumentacji medycznej i byłby uznawane przez polski system.

– Kto miałby za to płacić? Taki zapis się tutaj nie pojawia – mówi prawnik. I dodaje, że to należałoby doprecyzować. Zarazem przyznaje, że akurat w tej kwestii interes płatnika (NFZ) jest sprzeczny z interesem pacjenta. Płatnik pilnuje budżetu na zdrowie, co niekoniecznie idzie w parze z korzyścią dla pacjenta, jaką byłoby poszerzenie możliwości leczenia z pieniędzy publicznych w innych państwach UE.

Obecnie w ramach dyrektywy transgranicznej istnieje możliwość leczenia w innym kraju Unii, za które NFZ zwraca koszty w takiej wysokości, w jakiej płaci za daną terapię czy zabieg w Polsce. Chodzi o sytuację, w których chorzy mają ograniczony dostęp do leczenia, np. z powodu długiego czasu oczekiwania. Największym zainteresowaniem cieszą się, od momentu wprowadzenia dyrektywy, zabiegi usuwania żaków w Czechach, których koszty są podobne do tego,

co płaci fundusz. W zeszłym roku NFZ wydał niemal połowę środków przeznaczonych na leczenie transgraniczne właśnie na ten cel.

Jednak wydatki z polskiego budżetu na leczenie polskich pacjentów w UE spadają z roku na rok. W 2021 r. pacjenci złożyli ok. 9,4 tys. wniosków o zwrot kosztów za takie leczenie na kwotę 27,1 mln zł. To co prawda o 17 proc. więcej niż w 2020 r., kiedy był pandemiczny spadek, ale dla porównania w 2017 r. takich wniosków było dwa razy więcej – 18,9 tys. na kwotę 52,2 mln zł. Co roku ok. 80 proc. wniosków dotyczyło leczenia na terenie Czech. Największa liczba wypłat w 2021 r. została dokonana przez śląski oddział NFZ (czyli położony najbliżej granicy) – w sumie 38 proc. całkowitej wysokości kosztów poniesionych na ten cel przez fundusz.

Spadki wiązały się z pandemią, ale także ze skróceniem kolejek w Polsce na za-

biegi żaków. NFZ niechętnie finansował wyjazdy grupowe organizowane przez pośredników. „Wątpliwości budziła kwestia zasadności kierowania pacjentów na zabiegi przez pośredników, dla których prowadzona działalność miała głównie charakter zarobkowy” – pisał NFZ w sprawozdaniu za poprzedni rok. Autorzy zwracali ponadto uwagę, że zgodnie z dyrektywą nie powinno mieć miejsca zachęcanie pacjentów do korzystania ze świadczeń poza granicami kraju. „Tymczasem podstawą działania firm pośredniczących jest zachęcanie pacjentów do korzystania z ich usług, czyli również do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w innych państwach członkowskich” – czytamy w sprawozdaniu.

Kontrargument jest taki, że największa zachęta do wyjazdów to niesprawnie działający system w kraju. W przypadku żaków zdarzało się, że na zabieg trzeba było czekać przez kilka lat. ©

Nie chcą regulowania aptek

FARMACJA

Jakub Styczyński
jakub.styczyński@infor.pl

Po tekście DGP, w którym omawialiśmy możliwe kierunki nowelizacji prawa farmaceutycznego, pięć organizacji biznesowych podpisało się pod listem otwartym w sprawie ochrony aptek w trzecim roku pandemii COVID-19.

Chodzi o BCC, Konfederację Lewiatan, Pracodawców RP, Związek Przedsiębiorców i Pracodawców oraz Związek Pracodawców Aptecznych PharmaNET. Przy czym warto zaznaczyć, że ta ostatnia organizacja – reprezentująca głównie duże sieci apteczne – należy do wszystkich pozostałych sygnatariuszy. Pismo zostało zaadresowa-

ne do premiera, rzecznika małych i średnich przedsiębiorców, ministrów: zdrowia, rozwoju oraz sprawiedliwości.

W liście organizacje twierdzą, że „korporacyjny establishment podjął kolejną próbę osiągnięcia celu w postaci przejęcia kontroli nad rynkiem aptecznym. Przedstawił zapisy, mające po raz kolejny

doregulować tzw. Aptekę dla aptekarza, sprowadzającą się do (...) likwidacji tysięcy aptek w Polsce, a co za tym idzie, pozbawienie pacjentów dostępu do nich i utraty pracy przez farmaceutów”. Zdaniem sygnatariuszy nie warto otwierać kolejnego frontu aptekarskiej wojny, gdy zbliża się następna fala pandemii. © ®