

Janusz Szymborski - BRPO

*System opieki nad dzieckiem w Polsce:  
stan i zagrożenia*

*„UWAGA! NASZE DZIECI W NIEBEZPIECZEŃSTWIE!”*

Konferencja prasowa dr. Janusza Kochanowskiego - RPO

2 czerwca 2008 r., Warszawa

**Janusz Korczak: *Nie przewiduję powodzenia!* „Dos Kind“ [żyd., Dziecko] 1924 nr 1, I, s. 5–10; (Z tomu XIII *Dzieł*)**

- *Dzieci i młodzież stanowią trzecią część ludzkości. Co trzeci żyjący człowiek – to dziecko. Co trzeci mieszkaniec miasta, miasteczka, wsi – to dziecko. Wiek dziecięcy i młodzieńczy jest trzecią częścią naszego życia.*
- *O tym trzeba koniecznie pamiętać, jeśli chcemy zrozumieć, co się należy dziecku; co mu się należy, a nie, co mu dajemy lub zamierzamy łaskawie kiedyś dać.*

**Janusz Korczak: *Błędne myślenie,***  
**„Dos Kind“ 1926 nr 4, IV, s. 12-13**

- *I należy pamiętać: zlekceważenie pierwszych dwóch etapów życia (dzieciństwo i młodość) gorzko mści się na nas później.*
- *Dzieciństwo pełne bolesnych wspomnień okalecza młodość, a młodość okaleczona jest przekleństwem życia, upiorem, co sen z powiek spędza.*
- *Niech nikt nie mówi: ja jestem wyjątkiem, mnie się udało, uniknąłem konsekwencji z ł e g o dzieciństwa. Nieprawda!*

**System opieki nad dzieckiem w polityce państwa**  
**w latach: 1989 - 1999; 2000 - 2001; 2002 – obecnie**

*(Skoordynowane działania w zakresie: promocji zdrowia,  
profilaktyki chorób i zagrożeń, restytucji zdrowia )*

- **Z**aniedbywanie
- **I**gnorowanie
- **M**arginalizowanie
- **N**iedocenianie
- **O**biecywanie

## Minister Zdrowia - Franciszka Cegielska (10.01.00)

- „...zaistniała pilna potrzeba utworzenia **spójnego systemu koordynacji polityki zdrowotnej** w zakresie opieki nad matką i dzieckiem”.
- „Ze względu **na rangę tej opieki**, zarówno dla polityki zdrowotnej, jak i polityki prorodzinnej państwa, niezbędne jest **zastosowanie szczególnych rozwiązań**”.
- „Rozwiązania takie powinny być przydatne w kreowaniu polityki zdrowotnej o zasięgu ogólnokrajowym, jak i lokalnym, powinny też przyczyniać się do **poprawy jakości i dostępności opieki medycznej populacji w wieku rozwojowym, wpływając tym samym na poziom zdrowotności społeczeństwa**”.
- „...podejmuję inicjatywę mającą na celu powołanie nadzoru merytorycznego w zakresie opieki nad matką i dzieckiem **usytuowanego w strukturze administracji rządowej...**”

# Przykładowe deklaracje i decyzje rządowe

- *Powrócimy do zarzuconych przez poprzedników programów zdrowotnych i promocji zdrowia, a w szczególności opieki nad matką i małym dzieckiem oraz medycyny szkolnej*  
**(Expose Premiera RP- październik 2001)**
- *Konieczne jest nadanie priorytetu okołoporodowej...  
Ministerstwo Zdrowia dokona w związku z tym stosownych przewartościowań w realizacji Narodowego Programu Zdrowia*  
**(Uchwała Rady Ministrów 14 stycznia 2003 roku)**
- *Konieczne jest reaktywowanie przez Ministerstwo Zdrowia medycyny szkolnej we wszystkich jej funkcjach: promocji zdrowia i profilaktyki oraz leczenia i rehabilitacji...*  
**(Uchwała Rady Ministrów 14 stycznia 2003 roku)**

## Przykładowe deklaracje i decyzje rządowe - c.d.

- *Przywrócimy system opieki zdrowotnej w szkołach*  
( Październik 2005)
- *Spotkanie Prezesa Rady Ministrów, wicepremiera i Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Zdrowia, w sprawie powrotu systemu opieki zdrowotnej do szkół. W trakcie spotkania ustalono, że zostanie powołany zespół międzyresortowy do spraw przygotowania powrotu opieki zdrowotnej do szkół oraz przedstawienia odpowiednich zmian prawnych do realizacji tego projektu.*

**(15 maja 2006 r.)**

**Henryk Goldszmit** „*Krytyka Lekarska*” Warszawa,  
1906

*Jak stoi sprawa opieki lekarskiej nad szkołami?*

*Stoimy tu bodaj czy nie na ostatnim miejscu w porównaniu z innymi państwami europejskimi. Sto trzydzieści szkół miejskich początkowych posiada dwóch lekarzy – obowiązani są raz do roku je zwiedzić.*

*W gimnazjach mamy lekarzy pułkowych, cyrkułowych, anatomów, bakteriologów.*



- **Wg MEN** uczniowie przewlekle chorzy mają zapewniony *powszechny i równy dostęp do wykształcenia oraz pełne uczestnictwo w otaczającym życiu*, a także ...w coraz większej liczbie szkół ogólnodostępnych uczniom przewlekle chorym nie odmawia się prawa do *„normalności” i na co dzień traktuje w szkole tak samo jak ich zdrowych rówieśników, bez etykietowania i „wypominania” choroby.*

- **Wg MZ** dzięki realizacji Rządowego Programu *Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania na lata 2004-2006*, odnotowano systematyczną poprawę jakości i dostępności tej opieki.

SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ  
**Zapis stenograficzny (183)** 18. posiedzenie Komisji Zdrowia  
w dniu 8 kwietnia 2008 r.

- *Nie taję, że dla mnie stanowisko tej grupy pediatrów jest trochę anachroniczne, bo oni oczekują powrotu pediatri do szkoły, wykonywania pewnych działań trochę niezgodnie z prawem.*
- *Jak wiecie, większa świadomość prawa nakazuje wykonywanie pewnych działań z dzieckiem w obecności opiekuna, między innymi z tego powodu pediatra w szkole miałby spore problemy z wykonywaniem wielu działań.*

## NOTATKA

z posiedzenia Komisji Zdrowia Senatu RP 6 maja 2008 r.  
zwołanego w związku z postulatami środowisk pediatrycznych,  
zaniepokojonych jakością opieki pediatrycznej nad dziećmi.

- *Ustalono, że wśród lekarzy rodzinnych około 40 % stanowią pediatrzy, więc nie brak kwalifikacji jest przyczyną obecnych problemów z leczeniem małych dzieci.*
- *Podkreślano, że pomiędzy lekarzem pierwszego kontaktu, który coraz częściej jest lekarzem rodzinnym, a oddziałem szpitalnym, brak jest ogniwa pośredniego – lekarza specjalisty.*

- *Zgłaszany przez środowisko pediatryczne postulat odbudowy systemu opieki nad dzieckiem w kształcie sprzed reformy systemu, wydaje się być niezgodny z obowiązującymi w Europie standardami dotyczącymi praw dziecka*
- *Zgodnie z nimi dziecko może być badane i leczone jedynie w obecności rodziców lub opiekunów, w przyjaznych i bezpiecznych dla niego warunkach.*
- *Na zakończenia uczestnicy posiedzenia stwierdzili, iż należy opracować rzetelne zalecenia odnośnie działań profilaktycznych u dzieci. Powinny być one oparte na wynikach wiarygodnych badań naukowych i analizie ekonomicznych możliwości państwa.*

## Profilaktyka zagrożeń i chorób w szkołach

- W wielu krajach UE kwestia żywienia dzieci w szkołach została dawno rozwiązana, wobec czego dyskusje dotyczą jakości i zawartości energetycznej pożywienia.
- Zapewnienie wszystkim uczniom we wszystkich szkołach w Polsce możliwości spożywania posiłków jest jedyną metodą wyrównania szans dzieci pochodzących ze środowisk społecznie upośledzonych. (wg RzRL)
- Wśród młodzieży w wieku 15 -19 lat ciśnienie zmierzono u 65,8%, u 5,1% było podwyższone, prawie 6% nie wiedziało, jaki był wynik i czy ciśnienie było w normie czy też nie. (wg GUS)

## **PROBLEMY ZDROWOTNE DZIECI I MŁODZIEŻY**

*(Źródło - GUS w : Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce, 2008)*

Problemy zdrowotne	Wiek w latach		
	0 – 14	15 – 19	0 – 19
		w tysiącach	
<b>Ogółem</b>	<b>6022,4</b>	<b>2788,1</b>	<b>8810,5</b>
=====			
Niepełnosprawność	208,9	118,3	327,2
Długotrwałe problemy zdrowotne	1037,2	440,5	1477,7
Choroby przewlekłe	1433,0	616,2	2049,2

# Zachowania ryzykowne dla zdrowia

(Źródło - J. Mazur, w : Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce, 2008)

Zachowania ryzykowne	Chłopcy			Dziewczęta		
	11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Palenie tytoniu codziennie lub co najmniej 1 raz w tyg.	1,9	5,1	<b>18,5</b>	0,6	4,8	<b>14,2</b>
Picie piwa codziennie lub w każdym tygodniu	1,2	3,8	<b>14,9</b>	0,5	2,2	<b>5,1</b>
Więcej niż 1 epizod upicia się w życiu	4,5	12,8	<b>42,0</b>	1,4	8,5	27,4
Palenie marihuany w ostatnich 12 miesiącach	-	-	<b>18,5</b>	-	-	<b>8,7</b>
Udział w bójce więcej niż 1 raz w ostatnich 12 miesiącach	<b>41,8</b>	35,8	28,7	<b>11,2</b>	9,0	6,8



## Wypadki uczniów w szkołach i placówkach oświatowych

*(wg CIOP na podstawie SIO)*

Rok szkolny	Liczba wypadków		
	ogółem	śmiertelne	ciężkie
1996/97	112 098	90	1 509
1997/98	110 803	81	1 415
1998/99	130 653	120	1 574
1999/00	109 464	71	1 040
2000/01	112 892	69	1 010
2001/02	140 254	91	1 276
2003/04	149 494	88	1 248

# Problemy w opiece okołoporodowej

- Duża liczba noworodków z niską i skrajnie niską masą ciała rodzi się na I i II poziomie opieki perinatalnej.
- Większość z tych dzieci wymaga intensywnej terapii dlatego przekazywane są do oddziałów intensywnej terapii dziecięcej lub neonatologicznej.
- Tymczasem to nie transport karetką ale transport płodu w łonie matki jest najlepszą, zarówno z ekonomicznego, jak i klinicznego punktu widzenia formą przekazywania kobiet ciężarnych między współpracującymi ze sobą ośrodkami.

## Problemy w opiece okołoporodowej – c.d.

- Zagrożeniem dla realizacji programu opieki perinatalnej jest brak znajomości jego zasad przez NFZ – wbrew przyjętym standardom opieki stwarzane są trudności w finansowaniu transportu noworodka.
- W całym kraju oddziały neonatologii wykazują duże braki sprzętu pod względem jakościowym - inkubatory, pompy infuzyjne, kardiomitory wskutek długoletniej intensywnej eksploatacji wymagają wymiany, natomiast na oddziałach oddziałów III stopnia opieki perinatalnej brakuje respiratorów i monitorów.

## Trudna sytuacja w opiece okołoporodowej w woj. mazowieckim, zwłaszcza w W-wie

(źródło: Mazowieckie Centrum Zdrowia Publicznego, grudzień 2007)

- W roku 2006 w porównaniu do roku 2005 zmniejszono o 7,2% liczbę oddziałów położniczo-ginekologicznych i o 2,0% liczbę łóżek.
- Liczba oddziałów patologii ciąży spadła aż o 16,7% , łóżek o 12,3%. Działo się tak mimo, że w 2006 r. o ok. 4,0 % zwiększyła się liczba porodów.
- **Przy wzroście liczby porodów należy się spodziewać, że w skali roku dla ok. 1500 pacjentek, nie będzie miejsc do porodu w Warszawie.**
- W tym samym czasie aż o jedną czwartą ( o 24,5%) zmniejszono liczbę oddziałów noworodkowych, przy czym liczba łóżek wzrosła o 13,6%, co może świadczyć o pogorszeniu warunków leczenia.

# **Oddziały pediatryczne w szpitalach ogólnych**

w latach 1991-2006 (stan w dniu 31 XII)

*(Źródło: GUS)*

Rok	Liczba oddziałów	Liczba łóżek
1991	526	21394
1995	496	19034
1999	413	13737
2003	383	10714
2006	444	11137

## Uwarunkowania zagrożeń bezpieczeństwa chorych dzieci w szpitalu

- Obowiązek posiadania skierowania do pediatrii, ogranicza dostępność i jakość świadczeń ambulatoryjnych dla dzieci, wpływa na rokowanie
- W trakcie przyjmowania do szpitala, w toku leczenia, przygotowania dziecka do zabiegów, w zakresie profilaktyki i leczenia bólu, nieuwzględniane są psychiczne i emocjonalne potrzeby dzieci w różnym wieku;
- W szczególności ignorowana jest specyfika populacji młodzieży, której potrzeby w czasie choroby są różne od potrzeb małych dzieci i osób dorosłych ( brak oddziałów młodzieżowych)

# Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży (Zagórze)

## ■ 3.07.07 MCNiR:

*„Nie jesteśmy w stanie zrozumieć dlaczego mpdz nie zostało ujęte - NFZ zakwestionował przyjmowanie większości dzieci z mpdz*

## ■ 9.08.07 NFZ:

*„Po wnikliwej analizie uwzględniono postulaty zmian warunków zawierania umów”*

## ■ 19.11.07 MCNiR:

*„Jesteśmy w stanie przyjmować pacjentów wymagających kompleksowego usprawniania bez konieczności zapewnienia nadzoru anestezjologicznego i OIOM”*

## ■ 14.01.08 NFZ:

*„W wyniku weryfikacji oferta została odrzucona z powodu nie spełnienia wymagań”*

## Cele narodowej strategii na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży w Polsce

- Umożliwienie dzieciom i młodzieży realizowania pełnego ich potencjału życiowego dla zdrowia i rozwoju
- Zmniejszenie chorobowości i umieralności z przyczyn poddających się zapobieganiu zwłaszcza z powodu urazów i przemocy



## Priorytetowe obszary w zakresie zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży

- Zdrowie matki i noworodka;
- Żywnienie i aktywność fizyczna;
- Choroby zakaźne;
- Urazy i przemoc;
- Środowisko fizyczne;
- Zdrowie młodzieży w okresie dojrzewania;  
zdrowie psychiczne;
- Zdrowie jamy ustnej.

## Priorytetowe obszary w zakresie bezpieczeństwa dzieci

- Zaniechanie i przemoc;
- Samobójstwa;
- Demoralizacja i przestępczość;
- Zagrożenia ze strony środowiska fizycznego, epidemie, masowe katastrofy;
- Urazy niezamierzone, w tym tzw. konsumenckie.

*„Gdy zaniechania opieki i obowiązujących procedur prewencyjnych oraz zamierzone lub niezamierzone działania powodują takie zagrożenia bezpieczeństwa dzieci, iż dla wyjaśnienia przyczyn, podjęcia działań naprawczych i prewencyjnych, niezbędne staje się zaangażowanie administracji państwowej, aparatu dochodzeniowego i wymiaru sprawiedliwości”.*

## Zasady budowania strategii na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży w Polsce

- 1) *Podejście uwzględniające etapy rozwoju dziecka*
- 2) *Sprawiedliwość*
- 3) *Działania międzysektorowe*
- 4) *Współuczestnictwo.*
- 5) *Równorzędność działań prewencyjnych i naprawczych*
- 6) *Podejście siedliskowe*
- 7) *Wykorzystanie dotychczasowych doświadczeń*
- 8) *Łączne podejście do urazów i przemocy*

# Zamiast zakończenia

KOMUNIKAT KOMISJI *w kierunku strategii UE na rzecz  
praw dziecka*, Bruksela, dnia 4.7.2006

## Prawa i potrzeby dziecka

### należy postrzegać wspólnie:

poszanowanie i propagowanie praw wszystkich dzieci powinno iść w parze z niezbędnym działaniem mającym na celu uwzględnienie ich podstawowych potrzeb.