



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Poznaniu

LPO.411.005.03.2022

Pan  
Paweł Daszkiewicz  
Dyrektor  
Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera  
Uniwersytetu Medycznego im. Karola  
Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Szpitalna 27  
60-572 Poznań

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I/22/005 Opieka psychiatryczna i psychologiczna nad dziećmi i młodzieżą w województwie wielkopolskim

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; ul Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań (dalej: Szpital).
Kierownik jednostki kontrolowanej	dr n. med. Paweł Daszkiewicz, Dyrektor Szpitala od 16 marca 1997 r. (dalej: Dyrektor).
Zakres przedmiotowy kontroli	Zadania z zakresu opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą
Okres objęty kontrolą	Lata 2020-2022 r. (29 grudnia) <sup>1</sup>
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>2</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
Kontrolerzy	Piotr Kręt, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/155/2021 z 10 października 2022 r. Maciej Kowalski, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/156/2022 z dnia 10 października 2022 r. Joanna Piasecka-Girguś, st. inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/186/2022 z dnia 16 listopada 2022 r.  (akta kontroli str. 1-4, 6-7, 1321)

<sup>1</sup> Z wykorzystaniem dokumentów sprzed tego okresu, istotnych dla kontrolowanej działalności

<sup>2</sup> Dz. U. z 2022 r., poz. 623 tj., dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>3</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

W latach 2020-2022<sup>4</sup> w Szpitalu hospitalizowanych było 1 687 dzieci i młodzieży. Do 31 października 2022 r. 1603 (95%<sup>5</sup>) pacjentów przyjętych zostało w trybie nagłym. W okresie tym czas oczekiwania na rozpoczęcie planowanego udzielenie świadczenia wynosił do 262 dni. Brak dostępności miejsc na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży powodował, że regularnie miały miejsce hospitalizacje pacjentów niepełnoletnich na oddziałach dla dorosłych, które stanowiły 11% hospitalizacji dzieci i młodzieży. Przekraczające możliwości oddziałów dedykowanych dzieciom i młodzieży zapotrzebowanie na udzielenie pomocy pacjentom powodowało, że pacjenci byli hospitalizowani na korytarzach oddziałów. Jedynie w roku 2020, tj. w początkowym okresie epidemii COVID-19, gdy w Szpitalu wstrzymywano przyjęcia na oddziały, wykorzystanie łóżek nie przekraczało 100%. Powszechnie stosowane wskutek tego umieszczanie łóżek (dostawek) na korytarzach nie tylko stało w sprzeczności z przepisami dotyczącymi wymagań dla pomieszczeń oddziałów łóżkowych, a także nie zapewniało pacjentom poszanowania ich intymności i godności. Zdarzały się dni, gdy 24% (11) łóżek z ich łącznej liczby rejestrowej znajdowało się na korytarzach obu funkcjonujących w szpitalu oddziałów psychiatrycznych dzieci i młodzieży. Brak dostępności miejsc był także przyczyną odmowy przyjęcia pacjentów do Szpitala i kierowania ich do innych szpitali.

W 2022 r. pięciu lekarzy udzielających świadczeń w oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży złożyło wypowiedzenia umów o pracę. Przyczynami tych wypowiedzeń były m.in. nieodpowiednie warunki udzielania świadczeń dzieciom i młodzieży (np. przepełnienie oddziałów, brak odpowiedniego miejsca na terapie i rozmowy z pacjentami, czy prowadzenie terapii rodzin)<sup>6</sup>. Podniesienie wynagrodzeń personelu oraz złożenie obietnicy zmiany organizacji realizacji świadczeń psychiatrycznych w Szpitalu umożliwiły zapewnienie ciągłości opieki psychiatrycznej dzieciom i młodzieży.

W Szpitalu przymus bezpośredni<sup>7</sup> stosowano wyłącznie w formie unieruchomienia (w kontrolowanym okresie wobec 265 pacjentów, tj. 16%). W ośmiu spośród 15 zbadanych przypadków (53%)<sup>8</sup> zastosowany przymus trwał nieprzerwanie od 160 do 1413 godzin (63 dni). Pacjenci ci spędzili w unieruchomieniu od 70% do 99% czasu hospitalizacji, a unieruchomienie stosowane było wielokrotnie. Stwierdzone przy stosowaniu przymusu bezpośredniego nieprawidłowości polegały na: nieprzeprowadzaniu przez lekarzy osobistego badania pacjenta podczas zatwierdzania kolejnego okresu zastosowania przymusu bezpośredniego, mimo obowiązku wynikającego z art. 18a ust. 8 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego<sup>9</sup>; zatwierdzeniu przedłużenia stosowania tego przymusu po upływie okresów określonych w ww. przepisie; nie stosowania parawanów w celu zapewnienia intymności pacjentowi poddanego czteroetapowemu przymusowi bezpośredniemu na korytarzu oddziału (jeden przypadek); prowadzenia i wypełniania

<sup>3</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>4</sup> Do 30 września

<sup>5</sup> Dla wyliczenia przyjęto liczbę pacjentów hospitalizowanych wg stanu z okresu od 1 stycznia 2020 r. do 30 września 2022 r. oraz liczbę przyjęć pilnych z okresu od 1 stycznia 2020 r. do 31 października 2022 r.

<sup>6</sup> Pismo do Dyrektora Szpitala z 25 maja 2022 r.

<sup>7</sup> Przymus bezpośredni to działanie, które podejmuje się wbrew woli osoby z zaburzeniami psychicznymi. Z przymusu bezpośredniego mogą skorzystać jedynie uprawnione do tego osoby. Przymus stosuje się wtedy, gdy nie jest możliwe np. uspokojenie danej osoby w inny sposób.

<sup>8</sup> Spośród przypadków przymusu trwającego powyżej 100 godzin.

<sup>9</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 2123 dalej: ustawa o ochronie zdrowia psychicznego.

kart zastosowania przymusu bezpośredniego niezgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

Małoletnim zapewniono udział w różnych formach terapii, jednak dla żadnego z pacjentów nie opracowano indywidualnego planu zajęć rehabilitacyjnych, o którym mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych<sup>10</sup> oraz nie zapewniano takich zajęć w dni wolne od pracy. Ponadto stwierdzono rozbieżność faktycznej struktury organizacyjnej Szpitala ze zgłoszoną do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą<sup>11</sup> oraz opisaną w Regulaminie organizacyjnym Szpitala.

W okresie objętym kontrolą 46 pacjentów przebywało w Szpitalu powyżej trzech miesięcy. Przyczynami długotrwałych hospitalizacji były nie tylko utrzymujące się wskazania do jej kontynuacji, ale także problemy prawne z określeniem miejsca, do którego pacjent miał trafić po wypisie ze Szpitala.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego kontrolowanej działalności**

Strukturę organizacyjną zakładu leczniczego; organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu określał Regulamin organizacyjny<sup>12</sup>. Wskazano w nim, że strukturę organizacyjną Szpitala tworzyły m.in.: Izba Przyjęć Psychiatrii, Oddział C Psychiatryczny Dzieci i Młodzieży, Oddział D Psychiatryczny Dzieci i Młodzieży z wydzielonym Pododdziałem Dziennym Młodzieżowym oraz Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży.

W okresie objętym kontrolą, w Szpitalu nie funkcjonował zgłoszony do rejestru podmiotów leczniczych (poz. 17<sup>13</sup> rejestru) oraz ujęty w Regulaminie organizacyjnym (§ 17) Pododdział Dzienny Młodzieżowy, co opisano także dalej, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 63-119, 1260-1308)

Łączna liczba hospitalizacji dzieci i młodzieży w kontrolowanym okresie wyniosła 1988, z tego: 658 w 2020 r., 736 w 2021 r. i 594 w 2022 r. (do 30 września). W podziale na poszczególne oddziały A, B<sup>14</sup>, C i D udzielono odpowiednio 131, 78, 832 i 947 tych hospitalizacji.

(akta kontroli str. 449-452)

Od 1 grudnia 2022 r. Szpital rozpoczął udzielanie świadczeń opieki psychiatrycznej dzieciom i młodzieży jako ośrodek wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej - III poziom referencyjny. Świadczenia udzielane były w Poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, do której w okresie od 1 do 21 grudnia przyjęto 28 pacjentów. W księdze oczekujących na przyjęcie do Poradni wpisanych zostało 50 pacjentów<sup>15</sup>.

(akta kontroli str. 849-854, 1138-1243, 1334-1337)

<sup>10</sup> Dz. U. poz. 522.

<sup>11</sup> Dalej: rejestr podmiotów leczniczych.

<sup>12</sup> Zarządzenia Dyrektora Szpitala numer nr 46/2019 z 27 grudnia 2019 r., 15/2020 z 22 maja 2020 r., 13/2021 z 21 maja 2021 r., 34/2021 z 17 grudnia 2021 r., 6/2022 z 24 maja 2022 r. i 16/2022 z 1 grudnia 2022 r.

<sup>13</sup> <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/RPM/DetailsConfirm?Id=17544>

<sup>14</sup> Oddziały Psychiatryczne A i B są przeznaczone dla osób dorosłych.

<sup>15</sup> Na 14 grudnia 2022 r.

Udzielanie świadczeń w zakresie psychiatrycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą podlegało w Szpitalu kontrolom:

- Sądu Rejonowego Poznań Grunwald i Jeżyce w Poznaniu Wydział IV Rodzinny i Nieletnich (kontrole w latach 2020, 2021 i 2022<sup>16</sup>),
- Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w zakresie prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego (w 2020 r.<sup>17</sup>),
- Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Poznaniu (dalej: PSSE)<sup>18</sup> w 2021 r.<sup>19</sup>,
- Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego w 2022 r.<sup>20</sup>.

W sprawozdaniach Sędzi Sądu Rejonowego z kontroli przyjęcia i przebywania w Szpitalu osób z zaburzeniami psychicznymi, przestrzegania ich praw oraz warunków przebywania w Szpitalu co roku ponawiane były zalecenia pokontrolne, takie jak m.in.:

- 1) terminowe i zgodne z wymogami formalnymi zgłaszanie do Sądu wszystkich przypadków przyjęcia pacjenta bez jego zgody,
- 2) niezwłoczne powiadamianie Sądu o wyrażeniu zgody na przyjęcie do Szpitala przez pacjenta dotąd przebywającego w Szpitalu bez zgody oraz o wypisaniu takiego pacjenta ze Szpitala,
- 3) dokładne i czytelne wypełnianie wszelkiej dokumentacji,
- 4) potwierdzanie na pierwszej stronie historii choroby zgody na leczenie wyrażonej przez pacjenta jego podpisem (imię i nazwisko) ze wskazaniem daty i to niezwłocznie po wyrażeniu zgody.

Zalecenia te wynikały z corocznie stwierdzanych, tożsamyh nieprawidłowości. Ponadto w sprawozdaniu z kontroli przeprowadzonej w 2021 r. kontrolująca sędzia odniosła się do ogólnopolskiego - w jej ocenie - złego stanu w psychiatrii dziecięcej, opisując nieprawidłowości dotyczące hospitalizacji pacjentów na dostawkach i materacach położonych na korytarzach, czy małych oddziałach dla dorosłych, które naruszały prawa tych pacjentów np. do prywatności. Odpowiadając na zalecenia pokontrolne Dyrektor Szpitala poinformował Prezesa Sądu m.in., że personel został zapoznany i poinstruowany o konieczności stosowania ww. zaleceń.

(akta kontroli str. 169-252, 270-273)

W wyniku kontroli Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w zakresie prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychiatria dzieci i młodzieży stwierdzono m.in., że część szkoleń odbywało się w podmiotach, które nie posiadały aktualnej akredytacji. W związku z tym wydano zalecenia dotyczące m.in. zapewnienia realizacji staży kierunkowych, wyłącznie w oparciu o porozumienia z zewnętrznymi podmiotami posiadającymi stosowną akredytację. Odpowiadając na zalecenia z tej kontroli Dyrektor Szpitala poinformował o ich realizacji.

(akta kontroli str. 154-168)

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego w wyniku kontroli stwierdził m.in. brak dokumentowania zastosowania środka przymusu bezpośredniego poprzez przytrzymanie, które następuje przed zastosowaniem unieruchomienia za pomocą pasów. Zalecono dokonywanie prawidłowych wpisów

<sup>16</sup> Sprawozdania Sędzi Renaty Kościjańskiej z: 27 lipca 2020 r., 24 marca 2021 r. i 2 czerwca 2022 r.

<sup>17</sup> Pismo L. dz. SL-K/DBK/45/2020 z 3 kwietnia 2020 r.

<sup>18</sup> Podczas kontroli sprawdzającej PSSE potwierdziła m.in. doprowadzenie w Klinice Psychiatrii do właściwego stanu sanitarno-technicznego podwieszanych sufitów i ścian.

<sup>19</sup> Protokół kontroli nr HK-PSZ.9020.2.15.2021 z 25 sierpnia 2021 r.

<sup>20</sup> Protokół kontroli z 15 listopada 2022 r.

w dokumentacji. Odpowiadając na zalecenie Dyrektor w piśmie z 9 grudnia 2022 r. wskazał, że w Szpitalu obowiązuje procedura, która uwzględnia przytrzymanie jako środek przymusu i personel ponownie zostanie zapoznany oraz przeszkolony z obowiązujących procedur.

(akta kontroli str. 857-861)

W okresie objętym kontrolą nie były przeprowadzane kontrole w zakresie finansowania świadczeń i działalności Szpitala w odniesieniu do psychiatrii dziecięcej.

(akta kontroli str. 1340-1355)

Według stanu na koniec lat 2020, 2021 i na 30 września 2022 r. świadczenia w oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży udzielało odpowiednio:

- 28, 31 i 34 lekarzy, w tym: sześciu lekarzy psychiatrów (przez cały okres objęty kontrolą) i siedmiu lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży (przez cały okres objęty kontrolą) oraz ośmiu, 12 i 16 lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży w trakcie specjalizacji,
- 28, 31 i 31 pielęgniarek,
- 10, 10 i 9 psychologów,
- 3, 3 i 4 terapeutów zajęciowych,

Ponadto przez cały okres objęty kontrolą zatrudniony był jeden pracownik socjalny oraz trzech innych pracowników, których obowiązki związane były z opieką nad pacjentami. W Izbie Przyjęć Psychiatrii w okresie objętym kontrolą zatrudnionych było osiem pielęgniarek.

(akta kontroli str. 370-373, 424, 454-456)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że problemy kadrowe analizowane są na bieżąco przez kierownictwo Szpitala. Głównym problemem personelu oddziałów psychiatrycznych dzieci i młodzieży nie są jednak braki kadrowe, a duże obciążenie wynikające z przeciążenia tych oddziałów związane z rosnącym zapotrzebowaniem na świadczenia w zakresie psychiatrii dziecięcej.

(akta kontroli str. 1344-1346)

W latach 2020-2022 (III kwartał) w Szpitalu zatrudniano lekarzy, terapeutów zajęciowych, psychologów i pielęgniarki w liczbie spełniającej wymagania określone w załączniku nr 1 poz. 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień<sup>21</sup> (dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych), tj.:

- 1) liczba lekarzy<sup>22</sup> udzielających świadczeń w przeliczeniu na etat<sup>23</sup> wynosiła we wskazanych wyżej latach<sup>24</sup> odpowiednio: 23,01 etatu; 26,26 etatu; 28,01 etatu, w tym liczba lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży odpowiednio: 4,2 etatu, 4,51 etatu i 4,51 etatu;
- 2) liczba osób prowadzących terapię zajęciową: w przeliczeniu na etat wynosiła odpowiednio trzy; trzy i cztery.
- 3) liczba psychologów: w przeliczeniu na etat wynosiła odpowiednio 7,45; 7,45 i 7,5.

(akta kontroli str. 370-373, 424, 454-456)

Analiza dokumentacji dotyczącej dwóch lekarzy kierujących oddziałami, czterech starszych asystentów lekarzy i trzech pielęgniarek oddziałowych wykazała, że

<sup>21</sup> Dz.U. z 2019 r., poz. 1285 ze zm.

<sup>22</sup> Lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dziecięcej, lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży.

<sup>23</sup> W liczbie tej uwzględniono lekarzy, z którymi zawarto umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie umów cywilnoprawnych.

<sup>24</sup> według stanu na: 31.12.2020 r.; 31.12.2021 r.; 30 września 2022 r.

w całym kontrolowanym okresie udzielający świadczeń na oddziałach psychiatrycznych dzieci i młodzieży spełniali wymagania określone w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

(akta kontroli str. 463-496)

W Szpitalu nie prowadzono zbiorczej dokumentacji dotyczącej zajęć rehabilitacyjnych, ani nie prowadzono rejestru osób biorących udział w zajęciach. Oględziny dokumentacji medycznej 10 pacjentów w systemie komputerowym Eskulap służącym do rejestracji udzielonych świadczeń medycznych hospitalizowanemu w Szpitalu pacjentowi wykazała, że udział w takich zajęciach wpisywany był do indywidualnej dokumentacji medycznej poszczególnych pacjentów<sup>25</sup>. W Eskulapie nie odnotowywano zajęć terapii ruchowej – były one zapisywane w odrębnie prowadzonej ewidencji.

(akta kontroli str. 1309-1315)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że oddziaływania terapeutyczne są odnotowywane w systemie informatycznym Eskulap, w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta – historii choroby (w roku 2020 ze względu na wdrażanie elektronicznej dokumentacji medycznej tylko częściowo, aktualnie wpisywane są wszystkie interwencje). Wskazał, że część dokumentacji, np. arkusze odpowiedzi z badania, jest prowadzona w formie papierowej, a następnie archiwizowana zgodnie z procedurami szpitalnymi.

(akta kontroli str. 1346)

Ponadto Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że zajęcia terapeutyczne odbywają się według następującego planu: terapia zajęciowa odbywa się codziennie - w zależności od potrzeb pacjentów i możliwości lokalowych, terapia grupowa prowadzona jest dwa razy w tygodniu - w zależności od potrzeb pacjentów i możliwości lokalowych, terapia indywidualna prowadzona jest w zależności od potrzeb danego pacjenta. Decyzję o częstotliwości terapii indywidualnej podejmuje psycholog w porozumieniu z lekarzem prowadzącym. Natomiast terapia ruchowa prowadzona jest według następującego planu: gimnastyka poranna prowadzona jest codziennie rano, spacer lub wycieczki (w zależności od warunków atmosferycznych) odbywają się przez dwa dni w tygodniu, ćwiczenia relaksacyjno-koncentrujące przez jeden dzień w tygodniu, indywidualne ćwiczenia z pacjentami prowadzone są codziennie - w zależności od potrzeb pacjentów. Wyjaśnił także, że pacjenci biorą udział we wszystkich zajęciach rehabilitacyjnych wyłącznie za zgodą lekarza prowadzącego.

Zajęcia w dni powszednie odbywały się również po godzinie 15.00, natomiast w dni wolne od pracy nie prowadzono zajęć.

(akta kontroli str. 1253-1254)

Analiza dokumentacji dotyczącej pacjenta Szpitala wykazała, że Szpital nie prowadził indywidualnych planów rehabilitacyjnych.

(akta kontroli str. 1506-1508)

Na podstawie badania harmonogramów czasu pracy w grudniu 2020 r., grudniu 2021 r. i we wrześniu 2022 r. w Oddziałach C i D ustalono, że na dyżurach nocnych pracowały po dwie pielęgniarki, a na dyżurach świątecznych po trzy pielęgniarki na

---

<sup>25</sup> Dokumentacja zajęć rehabilitacyjnych prowadzona była w formie zapisów w systemie informatycznym Eskulap (Moduł Ruch chorych; historia choroby; obserwacje lekarskie).

Opinie psychologiczne, podsumowania pracy oraz wyniki przeprowadzonych badań psychologicznych były załączane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego.

Terapia zajęciowa była rejestrowana w module Ruch chorych; księga pielęgniarska; obserwacje pielęgniarskie.

każdym z oddziałów. W godzinach od 15.00 do 8.00 dnia następnego zapewniona była obecność dwóch lekarzy dyżurnych<sup>26</sup> (psychiatrów), którzy obejmowali opieką wszystkie cztery oddziały psychiatryczne oraz Psychiatryczną Izbę Przyjęć.

(akta kontroli str. 536-565, 571-621, 1346-1347)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że liczba zatrudnionego personelu medycznego/pielęgniarskiego oddziałów psychiatrycznych ustalana jest w oparciu o wymogi stawiane przez NFZ przy udzielaniu świadczeń z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży oraz ustalone normy pielęgniarskie<sup>27</sup>, które weryfikowane są przez Naczelną Pielęgniarkę.

(akta kontroli str. 566-570, 1346)

Średnia wieku personelu zatrudnionego na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży wg stanu zatrudnienia na 30 września 2022 r. przedstawiała się następująco: lekarze ogółem 36 lat, lekarze psychiatry 46 lat, lekarze w trakcie specjalizacji 30 lat, pielęgniarki 47 lat, psychologzy 43 lata, terapeuci zajęciowi 36 lat. Uprawnienia emerytalne nabyli: jeden lekarz, cztery pielęgniarki i dwóch psychologów.

(akta kontroli str. 1347-1351)

W latach objętych kontrolą wypowiedzenia umów o pracę złożyło pięciu lekarzy<sup>28</sup> (wszystkie 27 maja 2022 r.). W liście skierowanym przez lekarzy, m.in. którzy złożyli wypowiedzenia, do Dyrektora Szpitala wskazywano na chroniczne niedofinansowanie i brak modernizacji systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Podkreślono w nim zaangażowanie zespołu Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży i aktywny udział w realizacji założeń reformy, m.in. tworzenie programu specjalizacji z psychoterapii dzieci i młodzieży, udział w pracach, dzięki którym wzrasta liczba specjalistów w psychoterapii dzieci i młodzieży. Autorzy listu podkreślali, że sytuacja w Szpitalu na oddziałach psychiatrii dla dzieci i młodzieży jest dramatyczna. Oddział C i D są skrajnie przepełnione (liczba pacjentów osiąga 75 osób przy 45 łóżkach zakontraktowanych w NFZ), a nieletni pacjenci są hospitalizowani na oddziałach dla dorosłych. Z uwagi na wzrastającą liczbę prób samobójczych większość pacjentów jest przyjmowana w trybach nagłych, a planowe przyjęcia „utykają w, wydawałoby się niekończącej się kolejce”. Lekarze w liście wskazali „trudno mówić o zachowaniu godności w takich warunkach (szczególnie, gdy łóżkiem staje się materac leżący na podłodze koło brudownika lub toalety), dzieci nie mają swobody poruszania się”, brakuje miejsc do siedzenia w jadalni, lekcje odbywają się w warunkach ciasnych pomieszczeń, brak miejsc w sali przeznaczonej do terapii zajęciowej, brak wystarczającej liczby łazienek i toalet. Wskazano, że warunki panujące w oddziałach, z uwagi na przyczyny hospitalizacji dzieci i młodzieży (próby samobójcze, kryzys psychiczny, zachowania agresywne) nie tylko uniemożliwiają prowadzenie terapii oraz powrót do zdrowia, ale wpływają na eskalację konfliktów i zachowań destrukcyjnych, agresywnych. Z powodu braku pomieszczeń rozmowy z pacjentami odbywają się niejednokrotnie w miejscach, w których trudno zachować poufność –

<sup>26</sup> W § 17 ust. 8 Regulaminu organizacyjnego Szpitala wskazano, że lekarz dyżurny oddziału jest to lekarz udzielający świadczeń medycznych w oddziale osobiście w dni robocze w godzinach od 15.00 do 8.00 dnia następnego oraz w dni wolne od pracy w godzinach 8.00 do 8.00 dnia następnego, przebywa na terenie oddziału/szpitala przez cały czas dyżuru i podlega służbowo Lekarzowi dyżurnemu Izby Przyjęć Pediatrii, który w czasie nieobecności dyrekcji szpitala zastępuje Dyrektora Szpitala.

Zgodnie z § 20 ust. 5 Regulaminu organizacyjnego Szpitala, lekarz dyżurny Izby Przyjęć Psychiatrycznej i Psychiatrycznej udziela świadczeń osobiście w Izbie Przyjęć w godzinach od 8.00 do 8.00 dnia następnego i przebywa na terenie Izby Przyjęć przez cały czas trwania dyżuru. Każdy lekarz specjalista udzielający świadczeń w Szpitalu jest zobowiązany do pełnienia dyżurów w izbie przyjęć z wyjątkiem samodzielnych pracowników nauki.

<sup>27</sup> Według zarządzenia nr 49/2019 Dyrektora Szpitala norma zatrudnienia pielęgniarek na oddziałach C i D wynosiła odpowiednio 10 i 12,5 etatu.

<sup>28</sup> W tym lekarz kierujący Oddziałem D.



stołówka, korytarz. Powyższe też ma negatywny wpływ na personel oddziałów. Lekarze podnieśli, że niezbędne byłoby utworzenie dodatkowego oddziału psychiatrycznego dla dzieci, najlepiej poza strukturami uczelni oraz wg światowych standardów, tj. w strukturze szpitala pediatrycznego, z uwagi na współistniejące choroby somatyczne pacjentów. Podkreślono również ogromną różnicę w wynagrodzeniach w sektorze publicznym i prywatnym. W sześciostronicowym piśmie wskazano, że m.in. powyższe przyczyny są powodem złożenia wypowiedzeń przez lekarzy, które w efekcie spowodują m.in. spadek liczby miejsc szkoleniowych i zamknięcie jedyne w Wielkopolsce oddziału dla dzieci młodszych (10-12 lat), które coraz częściej próbują popełnić samobójstwo.

Złożone wypowiedzenia zostały wycofane w lipcu i sierpniu 2022 r. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wypowiedzenia umów wycofano po rozmowach z kierownictwem Szpitala na temat poprawy struktury organizacyjnej psychiatrii dzieci i młodzieży w Szpitalu oraz decyzji o podniesieniu od 1 lipca 2022 r. stawek finansowych za świadczone usługi i podniesieniu wynagrodzeń zasadniczych. Poza ww. sytuacją w badanym okresie nie występowały przypadki strajku lekarzy, wyrażenia protestów czy innych żądań.

(akta kontroli str. 497-535, 1351)

W latach 2020-2022 (III kwartał) u małoletnich pacjentów najczęściej diagnozowano następujące schorzenia<sup>29</sup>: epizod depresyjny (kategoria F32 według ICD-10<sup>30</sup>), co stanowiło od 15 do 20,2% wszystkich rozpoznań; reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne F43 – od 15,7 do 81,8% ogółu rozpoznań, mieszane zaburzenia zachowania i emocji F92 – od 12,5 do 15,5%% rozpoznań.

(akta kontroli str. 449-452)

W latach objętych kontrolą wskaźnik przelotowości łóżek rzeczywistych<sup>31</sup> wynosił, odpowiednio: na oddziale C: 17,2; 16,6; 11,5 oraz na oddziale D: 12,7; 13,5; 11,7.

Średnie wykorzystanie łóżka<sup>32</sup> wynosiło odpowiednio: na oddziale C: 273,5 (tj. 74,7%), 382,2 (tj. 104,7%), 317,1 (tj. 116,2%) na oddziale D: 346,8 (tj. 94,7%), 385,7 (tj. 105,7%), 316,6 (tj. 116%).

W roku 2020, w związku z COVID-19 oddział C funkcjonował również jako oddział przejściowy i przyjmował pacjentów dorosłych<sup>33</sup>.

Przeciętny czas pobytu chorego na oddziale wynosił na oddziale C odpowiednio: 15,90; 23,02 oraz 27,90 dni, natomiast na oddziale D odpowiednio: 27,26; 28,58 oraz 27,02 dni.

(akta kontroli str. 277, 1406)

Księga oczekujących na przyjęcie na oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży była prowadzona elektronicznie oraz pomocniczo w formie papierowej. Ewidencja elektroniczna zawierała niezbędne elementy. Z danych zawartych w rejestrze wynikało, że w latach 2020, 2021 oraz 2022 (na 30 września) w planie leczenia ujętych było odpowiednio: 11 pacjentów (pięcioro na oddziale C i sześcioro na oddziale D) oraz 16 i 22 pacjentów tylko na oddziale D. Średni czas oczekiwania liczony w dniach wynosił odpowiednio: na oddziale D 262, 145, 140 oraz na oddziale C 262, 0, 0 dla przypadków stabilnych. Z rejestrów oczekujących oraz ze sprawozdań składanych do NFZ wynikało, że nie było pacjentów oczekujących na przyjęcie w trybie pilnym.

(akta kontroli str. 1413)

<sup>29</sup> Według danych przekazanych do NFZ.

<sup>30</sup> Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych.

<sup>31</sup> Tj. stosunek liczby pacjentów leczonych w danym okresie do średniej liczby łóżek wg rejestru

<sup>32</sup> Stosunek liczby osobodni do średniej liczby łóżek wg. rejestru.

<sup>33</sup> W okresie od 21.04 do 07.10.2020 r. na oddziale C przebywało 67 pacjentów dorosłych.

Kierownik Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży wyjaśniła, że nieścisłości w terminach przyjęć planowanych pacjentów na oddziale D w systemie ESKULAP (późniejsze terminy wyznaczone przed terminami wcześniejszymi, przeskoki w datach przyjęć), związane są z aktualizacją terminów przyjęć planowych wykonywanej we wrześniu każdego roku. Dodała, że przyjęcia planowe na oddział D realizowane są prawie wyłącznie w okresie od czerwca do września, w których to miesiącach przyjmowanych jest mniej pacjentów „na ostro” (bez skierowania). Ponadto wyjaśniła, że od marca 2020 r., ze względu na pandemię SARS-COV-2, kilkakrotnie wstrzymywano przyjęcia planowe.

(akta kontroli str. 1429-1439)

W okresie objętym kontrolą, przyjęto do Szpitala na oddziały psychiatryczne C i D 1687 niepełnoletnich pacjentów, z których 277 dzieci i młodzieży było wielokrotnie hospitalizowanych. Średni czas pomiędzy okresami leczenia w okresie objętym kontrolą wyniósł od pięciu do 781 dni. W latach 2020-2022 (do 31 października) liczba pacjentów przyjętych na oddział w trybie nagłym wynosiła 1603 pacjentów, tj. odpowiednio: 464, 573, 566 pacjentów w poszczególnych latach tego okresu.

(akta kontroli str. 1374-1394, 1403)

W Szpitalu nie stwierdzono występowania łóżek wyłączonych z eksploatacji, natomiast ze względu na dużą liczbę pacjentów na obu oddziałach część łóżek znajdowała się na korytarzach<sup>34</sup>, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1645-1660)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że od 2021 r. świadczenia dla dzieci finansowane są ze środków Funduszu Medycznego, dzięki czemu Szpital ma zapewnione finansowanie udzielonych świadczeń ponad limit określony w umowie z NFZ.

(akta kontroli str. 1374-1376)

Czas hospitalizacji pacjentów w poszczególnych latach okresu 2020-2022 (III kwartał) wyniósł odpowiednio:

- do 14 dni w przypadku: 165, 221, 197 pacjentów;
- od 15 dni do jednego miesiąca w przypadku: 162, 227, 169 pacjentów;
- od jednego do trzech miesięcy w przypadku: 142, 189, 169 pacjentów;
- od trzech do sześciu miesięcy w przypadku: 12, 18, 15 pacjentów;
- powyżej sześciu miesięcy w przypadku jednego pacjenta w 2020 r.

(akta kontroli str. 1403)

Kierownik Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży oraz Kierownik Kliniki Psychiatrii dla Dorosłych podali w wyjaśnieniach, że przyczynami długotrwałej hospitalizacji dzieci i młodzieży na oddziałach był stan psychiczny (w tym brak reakcji na leczenie) oraz sytuacja sądowo-społeczna pacjenta uniemożliwiająca wypis, np. poszukiwanie przez pracowników Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie odpowiedniej rodziny zastępczej lub porzucenie przez rodziców/opiekunów prawnych dziecka na oddziale psychiatrycznym.

(akta kontroli str. 2198-2199)

W latach 2020-2022 (do 18 października) wystąpiło 2556 przypadków odmowy przyjęcia pacjenta do Szpitala (w poszczególnych latach odpowiednio: 641, 884, 1031). Na podstawie badania 10 kart odmowy<sup>35</sup> ustalono m.in., że w każdej z nich

<sup>34</sup> Stwierdzono w toku oględzin przeprowadzonych 20 października 2022 r.

<sup>35</sup> Nr z księgi odmów: ODM18399, ODM07949, ODM22823, ODM19433, ODM19433, ODM17185, ODM18457, ODM18388, ODM17228, ODM15939.

podano: powód odmowy przyjęcia do szpitala, zalecenia dalszego leczenia, zalecenia w zakresie farmakoterapii oraz zastosowane leczenie. W badanej próbie jako powód odmowy po badaniu lekarskim podano m.in.: brak wskazań medycznych do hospitalizacji (pięć przypadków), brak wolnego łóżka w oddziale szpitalnym (cztery przypadki), brak zgody pacjenta na hospitalizację (jeden przypadek). W przypadkach odmowy ze względu na braku wolnych miejsc na oddziałach młodzieżowych, pacjenci zostali skierowani lub przewiezieni do innego szpitala.

(akta kontroli str. 1619-1644)

W latach 2020-2022 (III kwartał) do Szpitala przyjęto pacjentów małoletnich za ich zgodą, odpowiednio w poszczególnych latach: 449, 620, 526 pacjentów. Nie wystąpiły przypadki przyjęcia pacjentów do Szpitala bez ich zgody, dla których Sąd wydał postanowienie o braku podstaw do przyjęcia. Na podstawie postanowienia Sądu do Szpitala przyjęto odpowiednio 31, 34, 25 pacjentów. W ww. okresie wystąpiły po dwa przypadki w każdym roku hospitalizacji małoletnich pacjentów w trybie art. 24 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (tzw. „przymusowej obserwacji”).

(akta kontroli str. 1403)

W toku kontroli szczegółowej analizie poddano dokumentację medyczną dziesięciu pacjentów. W wyniku tej analizy stwierdzono, że wszystkie te osoby przed przyjęciem do szpitala lub odmową przyjęcia do Szpitala, zgodnie z art. 22 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, zostały poddane badaniom przez wyznaczonego lekarza.

(akta kontroli str. 1861-2170)

Na oddziałach prowadzona była nauka szkolna dzieci i młodzieży, którą zapewniał personel Zespołu Szkół nr 110 dla Dzieci Przewlekłe Chorych funkcjonujący przy Szpitalu. Szkoła zapewniała opiekę dydaktyczno-wychowawczą na poziomie przedszkola, szkoły podstawowej, gimnazjum oraz szkoły średniej. Czas trwania lekcji, sposób i tempo omawiania materiału uwzględniały potrzeby psychofizyczne pacjentów oraz ich liczbę.

(akta kontroli str. 169-252, 1525-1554, 1645-1660)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że Szpital podejmuje współpracę z innymi jednostkami psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz innymi jednostkami zewnętrznymi w zależności od potrzeb, a udzielona pomoc dotyczy np. pracownika socjalnego.

(akta kontroli str. 1370)

Z regulaminów organizacyjnych oddziałów psychiatrycznych<sup>36</sup> wynikało m.in., że pacjenci byli objęci obowiązkiem szkolnym i zobowiązani byli uczestniczyć w zajęciach lekcyjnych organizowanych na terenie Oddziału. W zakresie praw i obowiązków wskazano m.in.:

- pacjenci w oddziale mają do dyspozycji telefon komórkowy, z którego mogą korzystać do godz. 21.00, zgodnie z harmonogramem zapisów;
- odwiedziny najbliższej rodziny odbywają się przez cały tydzień w wyznaczonych godzinach, poza salami chorych (hol, korytarz);
- odwiedzającym nie wolno przebywać na salach chorych;
- obowiązkowo pacjent powracający z przepustki zostaje poddany kontroli przez personel w obecności opiekunów. W przypadku podejrzenia łamania przez pacjenta regulaminu (wnoszenia przedmiotów zakazanych) istnieje możliwość kontroli osobistej;

<sup>36</sup> Zarządzeniem Nr 11/2022 z dnia 27 września 2022 r. Dyrektor Szpitala wprowadził regulaminy wewnętrzne dla oddziałów psychiatrycznych Szpitala. Regulaminy dla oddziałów A i B psychiatrii dorosłych oraz C i D dla dzieci i młodzieży, zastąpiły dotychczas funkcjonujące regulaminy wewnętrzne oddziałów psychiatrycznych

- lekarz i pielęgniarka mogą odmówić pozwolenia na odwiedzanie chorego ze względu na stan pacjenta lub nieprzestrzeganie przepisów regulaminu przez osobę odwiedzającą.

(akta kontroli str. 120-137)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że „pacjenci oddziałów psychiatrycznych dzieci i młodzieży mają możliwość porozumiewania się z rodziną i osobami z zewnątrz za pośrednictwem telefonów komórkowych będących własnością Szpitala” (jeden telefon na oddziale C i jeden na oddziale D). „Pacjenci oddziałów ustalają harmonogram rozmów telefonicznych (10-15 minut na osobę). Po skorzystaniu wszystkich pacjentów na oddziale z telefonu, kolejka jest powtarzana. Telefon dostępny jest w godz. 13:00 – 18:30, gdyż w godzinach porannych odbywają się zajęcia lekcyjne dla małoletnich pacjentów.” Dodał, że „w razie potrzeby pilnego kontaktu z rodziną pacjentowi indywidualnie zapewnia się możliwość przeprowadzenia rozmowy telefonicznej.” NIK wskazuje, że pięć i pół godziny dostępności jednego telefonu dla pacjentów oddziału może być niewystarczający. W przypadku pełnego obłożenia oddziału 25 łóżkowego, łączny czas rozmów wszystkich pacjentów (regulaminowe 15 minut) wynosi sześć i pół godziny, czyli o godzinę dłużej. Dodatkowo z ustaleń kontroli wynikało, że na oddziałach byli hospitalizowani pacjenci w liczbie przewyższającej liczbę łóżek, zatem ograniczenie z korzystania z telefonu do pięciu i pół godziny może utrudniać kontakt z rodziną i innymi osobami.

(akta kontroli str. 1362 )

Kierownik Kliniki Oddziału C wyjaśnił, że odwiedziny pacjentów odbywają się w oddziałowej stołówce, zgodnie z prowadzonym przez pacjentów i pielęgniarki harmonogramem odwiedzin (maksymalnie dwóch pacjentów w tym samym terminie). Dodał, że w miesiącach letnich pacjenci oraz osoby odwiedzające korzystają także z tarasu i ogrodu znajdującego się przy oddziale. Kierownik Kliniki oddziału D wyjaśniła, że odwiedziny pacjentów na oddziale odbywają się na korytarzu części administracyjnej oddziału, przy specjalnie do tego celu przygotowanym, możliwie intymnym stanowisku (stół i krzesła). Dodała, że pacjenci sami podejmują decyzję odnośnie odwiedzin, rezerwując wolny termin (datę i godzinę) w prowadzonym na oddziale zeszycie odwiedzin.

(akta kontroli str. 1511-1518)

W Szpitalu obowiązywała wewnętrzna procedura zastosowania przymusu bezpośredniego<sup>37</sup>, w której określono m.in. odpowiedzialność i sposoby postępowania, czynności w postępowaniu wykonywane przez personel medyczny, warunki prowadzenia przymusu bezpośredniego, wzory dokumentów do wypełnienia w związku z zastosowaniem przymusu bezpośredniego. Treść procedury była zgodna z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi<sup>38</sup>.

(akta kontroli str. 1694-1789)

W toku kontroli nie było możliwości utworzenia wykazu stosowanych przymusów bezpośrednich za rok 2020. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wynika to ze zniszczeń dokumentacji przechowywanej w archiwum w wyniku zalania w czerwcu 2021 r. podczas ulewnego deszczu, co potwierdzał protokół inwentaryzacji i oceny szkód. W 2020 r. nie prowadzono dokumentacji stosowanych przymusów bezpośrednich w postaci elektronicznej.

(akta kontroli str. 1555-1559)

<sup>37</sup> Procedura nr QPO-009 stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego, obowiązująca w Szpitalu od 12 maja 2014 r.

<sup>38</sup> Dz. U. z 2018 r., poz. 2459 ze zm.

W kolejnych latach okresu 2020-2022 (III kwartał) na oddziale C i D zastosowano przymus bezpośredni wobec odpowiednio: 70, 111, 84 pacjentów, w liczbie unieruchomień odpowiednio: 245, 480, 233 razy. Łączna liczba godzin zastosowania przymusu bezpośredniego wynosiła 10 246 godzin 54 minuty w roku 2021, a w roku 2022 (III kwartał) 8 537 godzin 32 minuty. Na oddziale C przymus bezpośredni zastosowano wobec odpowiednio we wskazanych wyżej latach: 34, 42, 35 pacjentów, w liczbie unieruchomień odpowiednio: 102, 109, 84 razy. Na oddziale D przymus bezpośredni zastosowano wobec odpowiednio: 36, 69, 49 pacjentów, w liczbie unieruchomień odpowiednio: 143, 371, 131 razy.

(akta kontroli str. 1555-1616)

Badanie sześciu kart zastosowania przymusu bezpośredniego wobec dzieci i młodzieży przebywających w Szpitalu na oddziałach psychiatrycznych wykazało szereg braków w opisie oraz błędów w wypełnieniu ww. kart, o czym mowa w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1790-1860)

Kontroli poddano dokumentację zastosowanego przymusu bezpośredniego wobec wszystkich 15 pacjentów, u których zastosowane jednostkowe unieruchomienie trwało łącznie powyżej 100 godzin. Czas ten wynosił od 120 do 1413 godzin (63 dni). Wobec każdego z tych pacjentów przymus bezpośredni był zastosowany wielokrotnie. Pacjent<sup>39</sup> przybywający w Szpitalu na oddziale C poddany najdłuższemu przymusowi bezpośredniemu (1413 godzin), poddany był również kolejnym przymusom bezpośrednim w postaci unieruchomienia czterokończynowego jeszcze czterokrotnie, tj. przez kolejne pięć dób z kilkugodzinnymi przerwami w jego stosowaniu pomiędzy godz. 7.00 rano a 14.00. Uwzględniając kolejne okresy stosowania środka przymusu, pacjent 98,6% czasu hospitalizacji spędził w unieruchomieniu. Z analizy dokumentacji kolejnych siedmiu pacjentów<sup>40</sup>, w stosunku do których zastosowano przymus bezpośredni wynika, że trwał on od 70 % do 90% czasu hospitalizacji pacjenta na oddziale psychiatrycznym. W pozostałych analizowanych przypadkach wynosił on od 8,75% do 66,7%.

(akta kontroli str. 1440-1505)

Oględziny zapisu wizyjnego z systemu monitoringu na oddziałach C i D pod kątem stosowania przymusu bezpośredniego wykazały że:

- 21 listopada 2022 r. na Oddziale D zastosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia w stosunku pacjenta<sup>41</sup>, w godz. od 16.55 do 20.55. W czasie stosowania środka przymusu bezpośredniego pielęgniarki kilkakrotnie odwiedziły pacjenta (w celu sprawdzenia lub wymiany podłączonej kroplówki), jednak częstotliwość tych wizyt przekraczała 15 minut;
- 22 listopada 2022 r. na Oddziale C zastosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia w stosunku pacjenta<sup>42</sup> od godz. 19.30. Pacjent od czasu zastosowania przymusu bezpośredniego do dnia 23 listopada 2022 r., do godziny 8.01 leżał na oddziałowym korytarzu bez zastosowania parawanów przenośnych, o czym mowa w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Następnie został przeniesiony do pokoju. Do 25 listopada 2022 r., do godz. 2.00 w nocy, pielęgniarki kilkakrotnie odwiedziły pacjenta (sprawdzając jego stan, podając jedzenie, poprawiając pościel), jednak częstotliwość tych wizyt przekraczała 15 minut. Od czasu zastosowania przymusu bezpośredniego, tj. od 22 listopada 2022 r. od godz. 19.30 do 25 listopada 2022 r. do godz. 2.00, przy

<sup>39</sup> Nr księgi 2208142

<sup>40</sup> Pacjenci o numerach z księgi oddziałów 2108312, 2108894, 2112448, 2203089, 2216572, 2217514, 2212820.

<sup>41</sup> Nr księgi głównej 2212898

<sup>42</sup> Nr księgi głównej 2220915

pacjencie nie był obecny lekarz, o czym mowa w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 2305-2376)

W wyjaśnieniach dotyczących częstotliwości sprawdzania stanu fizycznego pacjentów Kierownik Kliniki oddziału D podała, że pacjent wobec którego został zastosowany przymus bezpośredni jest przez cały czas trwania unieruchomienia monitorowany za pośrednictwem kamer i obserwowany przez pielęgniarki. Dodała, że sposób ten umożliwia wnikliwą obserwację pacjenta (np. poprzez zbliżenie twarzy).

(akta kontroli str. 2196-2197)

W roku 2021 niepełnoletni pacjenci nie uzyskali żadnej zgody na okresowe przebywanie poza oddziałem, tzw. przepustki, ze względu na sytuację związaną z COVID-19. W roku 2020 oraz w 2022 (III kwartał) pacjenci uzyskali zgodę na przebywanie poza oddziałem odpowiednio: 119 i 89 razy. W tym wielokrotną zgodę na przebywanie poza oddziałem uzyskało odpowiednio: 31 i 22 osoby.

W okresie objętym kontrolą wystąpiło 56 przypadków samookaleczenia niepełnoletnich pacjentów w oddziałach psychiatrycznych, w poszczególnych kontrolowanych latach odpowiednio: 5, 40, 15 oraz cztery samowolne oddalenia pacjentów z oddziału. Nie wystąpiły przypadki samobójstw na oddziałach dla dzieci i młodzieży.

(akta kontroli str. 1340-1370)

W Szpitalu zapewniono warunki do funkcjonowania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Z uwagi jednak na długotrwałą nieobecność<sup>43</sup> w Szpitalu osoby sprawującej funkcję Rzecznika, pacjenci nie mieli możliwości osobistego z nim kontaktu. Możliwy był natomiast kontakt telefoniczny z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta w Warszawie (informacje o numerze telefonu oraz adresie mailowym Biura umieszczone były na tablicach informacyjnych na oddziałach psychiatrycznych). Od 12 kwietnia 2022 r. funkcję Rzecznika Praw Pacjenta objął inny pracownik Biura, a następnie 25 października 2022 r. Szpital otrzymał informację o ponownym powołaniu pracownika wcześniej pełniącego tę funkcję.

(akta kontroli str. 1361, 1363)

Do Departamentu ds. Zdrowia Psychicznego Rzecznika Praw Pacjenta w Warszawie, wpłynęły dwie sprawy<sup>44</sup> w roku 2020 oraz dwie sprawy<sup>45</sup> w roku 2022.

Dyrektor ww. Departamentu ds. Zdrowia Psychicznego podał, że na telefoniczną Informację Pacjenta w 2020 r. zastrzeżenia do działalności Szpitala zgłoszone zostały dwukrotnie. W 2021 r. zostały złożone cztery ustne skargi, wszystkie zostały załatwione przez pracowników Infolinii w formie działań edukacyjno-informacyjnych.

(akta kontroli str. 1664-1673)

W latach 2020-2022 (III kwartał) Szpital ponosił stratę finansową z tytułu udzielania świadczeń psychiatrycznych dzieciom i młodzieży. Przychody i koszty w tym zakresie przedstawiały się następująco:

- 2020 r. – przychody 7 081 931,43 zł, koszty 8 042 941,92 zł, strata 961 010,51 zł,
- 2021 r. – przychody 8 278 144,00 zł, koszty 8 716 833,00 zł, strata 438 689,00 zł,
- 2022 r. (III kwartał) – przychody 7 321 378,00 zł, koszty 8 349 517,00 zł, strata 1 028 140,00 zł.

<sup>43</sup> Rzecznik Praw Pacjenta była nieobecna od 11.09.2019 do 21.10.2022 r.

<sup>44</sup> Sprawy dotyczyły: utrudnionego kontaktu z pacjentką, zgłoszenie od matki córki przebywającej na oddziale oraz zgłoszenie od matki z prośbą o zaświadczenie do szkoły.

<sup>45</sup> Sprawy dotyczyły: informacji o stanie zdrowia dziecka i zmianę zapisów w dokumentacji medycznej (sprawa w toku) oraz prośba ojca o informację odnośnie praw małoletniego pacjenta, przyjętego bez zgody.

Dyrektor wyjaśnił, że na brak rentowności oddziałów w okresie objętym kontrolą istotny wpływ miał także stan zagrożenia epidemicznego, a następnie stan epidemii wywołany przez wirusa SARS-CoV-2, który spowodował znaczne zaburzenia w funkcjonowaniu Szpitala. Pacjenci byli przyjmowani głównie w stanach nagłych, gdyż początkowo zgodnie z zaleceniami Ministerstwa Zdrowia ograniczono przyjęcia planowe. Strach przed zakażeniem pacjentów i ich rodziców powodował, że rezygnowali z zaplanowanego leczenia i przesuwali terminy przyjęcia do Szpitala. Zmiana formy zajęć w szkołach na naukę zdalną spowodowała u niektórych pacjentów czasową poprawę samopoczucia i niechęć do podjęcia leczenia w warunkach szpitalnych. Zgodnie z przedłożonymi zestawieniami poniesionych kosztów, w roku 2021 w porównaniu do roku 2020 nastąpiła poprawa osiągniętych przez oddziały wyników finansowych (zmniejszenie straty), co związane jest głównie z poprawą sytuacji epidemiologicznej i większym obłożeniem łóżek w 2021 r.

(akta kontroli str. 630-653)

Szpital ewidencjonował i rozliczał koszty prowadzenia działalności w podziale na wyodrębnione ośrodki powstawania kosztów<sup>46</sup> będące jednostkami organizacyjnymi Szpitala, co było zgodne z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców<sup>47</sup>.

Dla OPK będącymi oddziałami szpitalnymi kalkuluje się koszt osobodnia po zamkniętym okresie rozliczeniowym (rok kalendarzowy). Osobodzień pobytu jest także jednostką rozliczaną z NFZ w ramach umowy na świadczenia w oddziałach psychiatrycznych. Należy wskazać, że przy wycenie osobodnia, kalkulacja uzyskiwanych przychodów związanych z udzielaniem świadczeń psychiatrycznych dzieciom i młodzieży nie uwzględniała przychodów, spośród których Szpital nie mógł wyodrębnić tych dotyczących kontrolowanej działalności.

(akta kontroli str. 654-675)

Wartość refundacji za osobodzień w oddziale psychiatrycznym dla dorosłych w latach 2020-2022 sukcesywnie wzrastała i wynosiła od 196,55 zł do 363,37 zł<sup>48</sup>, a w oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży od 339,53 zł do 532,69 zł.

Średni koszt osobodnia na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży wyniósł: w 2020 r. 567,12 zł, w 2021 r. 504,21, a w 2022 r. w I kwartale 526,16 zł, w II kwartale 512,37 zł i w III kwartale 732,76 zł.

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych wyjaśniła, że spadek średniego kosztu osobodnia w roku 2021 w porównaniu do roku 2020 spowodowany był zwiększeniem liczby zrealizowanych osobodni na oddziałach C i D związany ze stopniowym przywracaniem działalności oddziałów szpitalnych po pierwszym roku epidemii COVID-19. Z kolei znaczny wzrost kosztów osobodnia od lipca 2022 r. spowodowany był w głównej mierze ustawowym wzrostem minimalnych wynagrodzeń, a także wzrostem stawek w umowach cywilnoprawnych.

(akta kontroli str. 623 i 847, 1355)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że z uwagi na sytuację psychiatrii dziecięcej w województwie wielkopolskim i zwiększające się potrzeby diagnostyki i leczenia chorób psychicznych u dzieci i młodzieży, Szpital rozpoczął starania o uzyskanie środków finansowych na rozbudowę budynku psychiatrii o poradnię psychiatryczną dla dzieci i młodzieży oraz oddział dzienny psychiatryczny. Uruchomienie oddziałów psychiatrycznych dla dorosłych w Szpitalu HCP, umożliwiło w roku 2019

<sup>46</sup> Dalej: OPK

<sup>47</sup> Dz.U. z 2015, poz.1126 – rozporządzenie uchylone z dniem 6 marca 2020 r.; Dz.U. z 2020, poz. 2045.

<sup>48</sup> Od 196,55 zł (od styczeń 2020 do listopada 2021 r.), 255,64 zł (od grudnia 2021 r. do marca 2022 r.), 267,10 zł (od kwietnia do czerwca 2022 r.) do 363,3 zł od lipca 2022 r.

przekształcenie oddziału C w drugi oddział psychiatryczny dla pacjentów małoletnich i zwiększenie liczby miejsc w oddziałach stacjonarnych dla dzieci i młodzieży. W roku 2022 szpital znalazł się na Liście rankingowej konkursu nr FM-SIS.01.PED.2021 na wybór propozycji projektów strategicznych w zakresie dofinansowania zadań polegających na budowie, przebudowie, modernizacji lub doposażenia infrastruktury strategicznej podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń dla dzieci na realizację w ramach Funduszu Medycznego projektu inwestycyjnego m.in. na rozbudowę Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży o pomieszczenia dla poradni dla dzieci i na oddział dzienny. Jednocześnie w roku 2022 rozpoczęto działania mające na celu uruchomienie poradni psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w pomieszczeniach uzyskanych po przeniesieniu do nowej lokalizacji poradni onkologicznej, a także rozszerzenie o ten zakres umowy z WOW NFZ. „Docelowo pozwoli to szpitalowi uzyskać status Ośrodka Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej. Udzielanie świadczeń na III poziomie referencyjnym będzie oznaczało wzrost stawek za osobodzień na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci.”<sup>49</sup>

(akta kontroli str. 623-624, 630-653, 1352-1354)

Koszty wynagrodzeń, składek na ZUS oraz kontraktów personelu medycznego stanowiły ponad 80% ogólnej wartości kosztów bezpośrednich oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży. Koszty stosowanych na oddziałach leków i sprzętu medycznego kształtowały się na poziomie 2-3% kosztów bezpośrednich, na podobnym poziomie były także koszty amortyzacji.

Dyrektor wyjaśnił, że z uwagi na brak przerostu zatrudnienia, Szpital nie ma możliwości zmniejszenia ponoszonych kosztów osobowych. Propozycje wartości umów na kolejne lata są składane przez WOW NFZ do akceptacji dyrekcji szpitala w listopadzie poprzedniego roku. Proponowane wartości są wyliczane na podstawie sprawozdawczości w roku bieżącym (najczęściej w okresie styczeń-wrzesień). Sytuacja finansowa szpitala jest od wielu lat stabilna. Szpital zakończył rok 2021 osiągnięciem zysku ogółem z prowadzonej działalności w wysokości 2,7 mln zł. Jednostka zachowuje płynność finansową oraz posiada wystarczający poziom kapitału zapasowego pozwalający na pokrycie ewentualnych strat finansowych we własnym zakresie, co stanowi zabezpieczenie finansowe przyszłego funkcjonowania. Głównym założeniem statutowym działalności Szpitala jest świadczenie usług na jak najwyższym poziomie w połączeniu z działalnością dydaktyczną, a nie generowanie zysków. Jakość świadczonych usług systematycznie wzrasta, kolejne prowadzone inwestycje zarówno w sprzęt medyczny jak i infrastrukturę lokalową poprawiają warunki udzielania świadczeń. Szpital bierze udział w kolejnych postępowaniach taryfikacyjnych ogłaszanych przez AOTMiT dla świadczeń udzielanych w ramach posiadanych umów z NFZ. Szpital przekazuje Agencji dane kosztowe zarówno dotyczące realizowanych świadczeń jak i wynagrodzeń pracowników, tak aby nowe taryfy świadczeń oddawały rzeczywisty poziom ponoszonych kosztów przez świadczeniodawców i spowodowały poprawę wyników finansowych oddziałów szpitalnych.

(akta kontroli str. 622, 1354-1355)

W latach 2020 – 2022 na Szpital nie nałożono kar umownych związanych z realizacją umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej udzielanej dzieciom i młodzieży.

(akta kontroli str. 253-261, 1356)

Szpital uzyskał z NFZ w latach 2020 - 2022 (do 30 września) środki finansowe na działalność związaną z udzielaniem świadczeń psychiatrycznych dla dzieci

<sup>49</sup> Szpital uzyskał status Ośrodka na III poziomie referencyjnym 1 grudnia 2022 r.



i młodzieży w łącznej kwocie 20 430 989,03 zł, z tego: 6 790 430,91 zł w 2020 r., 7 208 741,17 zł w 2021 r. i 6 431 816,95 zł w 2022 r. (do 30 września).

Środki te uzyskano z następujących tytułów:

- 1) za świadczenia udzielone pacjentom 16 877 728,08 zł<sup>50</sup>,
- 2) z tytułu gotowości do udzielania świadczeń związanych z przeciwdziałaniem pandemii COVID-19: 102 907,88 zł (tylko rok 2022),
- 3) z tytułu dotacji na wynagrodzenia lekarzy rezydentów 3 377 006,04 zł (do 30 czerwca 2022 r.),
- 4) z tytułu osobistego udzielania świadczeń w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, w tym pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem SARS-CoV-2 w kwocie 73 347,03 zł.

Ponadto Szpital otrzymał środki z Ministerstwa Zdrowia<sup>51</sup> m.in. z przeznaczeniem na zakup łóżek szpitalnych oraz siłowni zewnętrznej dla Oddziału D oraz środki finansowe ze źródeł niepublicznych z przeznaczeniem na remont i doposażenie oddziałów C i D.<sup>52</sup>

(akta kontroli str. 624-627, 676-846)

Szpital otrzymał także środki w wysokości 8 384 813,26 zł na leczenie psychiatryczne, z tego: w 2020 r. 3 000 735,37 zł, w 2021 r. 4 276 856,67 zł i w 2022 r. (do 30 września). Nie było jednak możliwe wyodrębnienie kwot przeznaczonych na finansowanie tylko udzielania świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży. Środki te uzyskiwano z następujących tytułów:

- 1) realizacji świadczeń na Izbie Przyjęć,
- 2) wzrostu wynagrodzeń personelu w ramach umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień,
- 3) gotowości do udzielania świadczeń w ramach umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień,
- 4) osobistego udzielania świadczeń w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, w tym pacjentem z podejrzeniem lub zakażeniem SARS-CoV-2 w zakresie psychiatrii - Izba Przyjęć Psychiatrii,
- 5) darowizn.

(akta kontroli str. 624-627, 676-846)

W latach objętych kontrolą dzieci i młodzież były również przyjmowane na oddziały dla dorosłych, ale rozliczane wg stawek pobytu na oddziałach dziecięcych.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że pacjenci w wieku powyżej 16 roku życia w przypadku wskazań do bezwzględnej hospitalizacji w trybie nagłym i braku miejsc na oddziałach dziecięco-młodzieżowych w całej Wielkopolsce, zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami między oddziałami oraz za zgodą lekarza przyjmującego mogli być przyjmowani na oddziały dla dorosłych A i B. W latach 2020-2021 pacjentów małoletnich oraz pacjentów pełnoletnich uczących się w szkołach

<sup>50</sup> Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w roku 2020 w związku z trwającą pandemią COVID 19 i finansowaniem przez NFZ zaliczek na prowadzenie działalności w ramach umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wystawiono faktury w wysokości 1 933 129,61 zł ponad wykonane świadczenia. Decyzją WOW NFZ (na wniosek szpitala) z tej kwoty umorzono 1 484 574,74 zł. Pozostałą kwotę „spłacono” świadczeniami zrealizowanymi w 2021 r.

<sup>51</sup> Na zadanie (w ramach projektu unijnego) pn. „Wprowadzenie nowoczesnych e-usług w podmiotach leczniczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia” z przeznaczeniem na zakup sprzętu informatycznego oraz oprogramowania dla medycznych jednostek organizacyjnych Szpitala w 2021 r. w wysokości 68.510,26 zł, oraz w 2021 r. w wysokości 168 649,00 zł na zadanie pn. „Wsparcie inwestycji dla oddziałów psychiatrii dziecięcej w związku z epidemią wirusa SARS-CoV-2” z przeznaczeniem na zakup łóżek szpitalnych oraz siłowni zewnętrznej dla Oddziału D.

<sup>52</sup> W 2021 r. darowizna pieniężna w wysokości 125 000,00 zł z przeznaczeniem na wykonanie remontu łazienek oraz zabezpieczenie ścian i wykonanie regałów na Oddziałach C i D. Szpital otrzymał darowiznę z Fundacji ENEA w wysokości 97.072,92 zł na zakup systemu pomiaru temperatury ciała dla osób przebywających w budynku psychiatrii.

ponadpodstawowych hospitalizowanych na oddziałach dla dorosłych A i B rozliczano osobodniami z oddziałów dla dzieci i młodzieży (C i D), ponieważ wycena osobodnia dziecięcego przez NFZ była znacząco wyższa.

Ogłędziny przeprowadzone na oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży wykazały m.in., że pokoje łóżkowe spełniały wymagania określone w § 18 ust. 2, 19 i 20 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>53</sup>, tj. łóżka były dostępne co najmniej z dwóch stron, jednej dłuższej i jednej krótszej, odstępy między łózkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów, a szerokość pokoju łóżkowego umożliwiała wyprowadzenie łóżka. Na korytarzach oddziałów C i D w czasie oględzin znajdowało się odpowiednio siedem i cztery łóżka, na których leżeli pacjenci. Stan wyposażenia sanitariatów zapewniał zachowanie prawa do intymności i poszanowania godności pacjentów. Na oddziałach znajdowały się pomieszczenia terapeutyczno-rehabilitacyjne niezbędne do prowadzenia terapii i psychoterapii, tj. pokoje terapii indywidualnej, gabinety psychologiczne, świetlice. Do sesji pomocy psychologicznej, edukacji i psychoedukacji na oddziałach wykorzystywano również pokoje asystentów i lekarzy. W Oddziałach uniemożliwiono swobodne wejście i opuszczenie Oddziału (zamykane drzwi). Ponadto w obu oddziałach funkcjonował monitoring, z którego obraz był widoczny w dyżurce pielęgniarskiej.

Do każdego oddziału przyporządkowany był ogrodzony teren zieleni, z bezpośrednim wejściem z oddziału, w którym znajdowały się m.in. siłownia stół do ping-ponga, koszyk do koszykówki, ławki i stoliki.

W Oddziałach zapewniona była możliwość korzystania z pomocy duszpasterskiej.

Umieszczone przy wyjściu z oddziałów na ścianie plany ewakuacji były nieaktualne.

(akta kontroli str. 1645-1663)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki, w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Szpital nie spełnił obowiązku określonego w art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, nie zgłosił organowi prowadzącemu rejestr podmiotów leczniczych zaprzestania funkcjonowania wydzielonego Pododdziału Dziennego Młodzieżowego w Oddziale D Psychiatrycznym Dzieci i Młodzieży. Zgodnie z tym przepisem wszelkie zmiany danych objętych rejestrem należy zgłaszać w terminie 14 dni od dnia jej powstania, a niedopełnienie tego obowiązku może skutkować nałożeniem na podmiot leczniczy kary pieniężnej (art. 107 ust. 2). Skutkiem zaprzestania funkcjonowania Pododdziału Dziennego Młodzieżowego była także niezgodność rzeczywistej struktury organizacyjnej Szpitala z ustalającym ją, obowiązującym regulaminem organizacyjnym (art. 24 ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej).

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że „Pododdział Dzienny Młodzieżowy w Oddziale Psychiatrycznym D, jest nieużytkowaną, figurującą w strukturze Szpitala od wielu lat komórką organizacyjną. W przeszłości były udzielane świadczenia jednodniowe, jednakże ze względu na znaczący wzrost liczby pacjentów wymagających hospitalizacji nie ma obecnie możliwości ich udzielania. W związku z późniejszymi zmianami przepisów Szpital nie miał możliwości ani lokalowych, ani personalnych do ponownego uruchomienia pododdziału.”

Ponadto Dyrektor wyjaśnił, że „pododdział pozostawiono w strukturze jako „martwą komórkę”, gdyż nie ma to żadnego znaczenia dla bieżącego

<sup>53</sup> Dz. U. poz. 595.

funkcjonowania Szpitala, a zakładano możliwość uruchomienia pododdziału w nieokreślonej przyszłości. Szpital od kilku lat miał gotową koncepcję oddziału dziennego, jednak brak było dostępnych źródeł finansowania dla takiej inwestycji natomiast Szpital jest umieszczony na liście rankingowej projektów zakwalifikowanych do dofinansowania w ramach Funduszu Medycznego projektu obejmującego budowę budynku z takim pododdziałem.”

(akta kontroli str. 63-119, 1260-1308, 1316-1320, 2427-2430)

2. Szpital nie prowadził dla żadnego z pacjentów planów zajęć rehabilitacyjnych. Zgodnie z § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych<sup>54</sup>, zajęcia rehabilitacyjne są prowadzone zgodnie z indywidualnym planem rehabilitacji, opracowanym przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii i psychologa lub terapeutę zajęciowego, we współdziałaniu z pacjentem.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w kontrolowanych oddziałach C i D obowiązują standardowe plany zajęć rehabilitacyjnych i terapeutycznych, jednakowe dla wszystkich pacjentów. Dodał, że indywidualne plany zajęć rehabilitacyjnych dotyczą wyłącznie pacjentów po urazach wielonarządowych (np. złamaniach).

(akta kontroli str. 1506-1508)

NIK wskazuje, że zgodnie z art. 12 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego bierze się pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi, co powinno znajdować wyraz w opracowywaniu indywidualnych planów zajęć rehabilitacyjnych psychiatrycznych. Sposób opracowywania takich planów określony został w § 5 ust. 2 i 3 rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacyjnych (np. uwzględnienie indywidualnego przebiegu choroby, nasilenia jej objawów oraz oczekiwań i możliwości u każdego z pacjentów, nakierowane na osiągnięcie celów wymienionych w § 2 tego rozporządzenia).

3. W Szpitalu stwierdzono jeden przypadek przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia po upływie 8 godzin od poprzedniego badania pacjenta przy wymaganych okresach nie dłuższych niż 6 godzin – art. 18a pkt 8 i 9 ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (wpisy w karcie zastosowania przymusu bezpośredniego – nr księgi 2108894<sup>55</sup>).

W pięciu wybranych losowo kartach zastosowania przymusu bezpośredniego stwierdzono ponadto braki i błędy dotyczące niewpisania:

- danych osoby nadzorującej zastosowanie przymusu bezpośredniego w pkt 2 karty (dotyczyło to trzech kart - nr księgi 2108894, 2105277, 2018116);
- informacji o zatwierdzeniu przymusu bezpośredniego w pkt 3 karty (dotyczyło to dwóch kart - nr księgi 2018116, 2102467);
- uzasadnienia przedłużenia przymusu bezpośredniego z uwzględnieniem wyników badań przeprowadzonych przez lekarza/lekarza psychiatrę oraz skutków stosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia osoby, wobec której został zastosowany przymus bezpośredni a także nie wpisano danych osoby stosującej przymus w pkt 6 karty (dotyczyło to czterech kart - nr księgi 2108894, 2105277, 2100486, 2102467);

<sup>54</sup> Dz. U. z 2014 r. poz. 522 ze zm. – dalej: rozporządzenie w sprawie zajęć rehabilitacyjnych.

<sup>55</sup> Badanie lekarz przeprowadził 10.07.2021 r. o godz. 12.00, a następane o godz.20.00 (powinien o 18.00)

- oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego przez kierownika podmiotu leczniczego/upoważnionego lekarza w pkt 9 karty (dotyczyło to czterech kart - nr księgi 2102467<sup>56</sup>, 2100486<sup>57</sup>, 2105277<sup>58</sup>, 2018116<sup>59</sup>).

(akta kontroli str. 1790-1860)

Kierownik Kliniki Psychiatrii Oddziału C oraz Kierownik Kliniki Psychiatrii oddziału D wyjaśnili, że wskazane uchybienia wynikają z dużej ilości obowiązków lekarzy dyżurnych; w czasie dyżuru jest dwóch lekarzy, którzy odpowiadają za cztery oddziały i izbę przyjęć. Wpływ ma na to duża liczba pacjentów, a tym samym ilość dokumentacji, stale pojawiające się wytyczne i zmiany, brak sekretarki medycznej, konieczność kontaktowania się z wieloma instytucjami, konieczność przygotowania wielu opisów, niejasność interpretacji pojawiających się przepisów.

(akta kontroli str. 1519-1524)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w związku z licznymi błędami w prowadzeniu kart stosowania przymusu bezpośredniego zostanie przeprowadzone szkolenie w tym zakresie dla personelu medycznego Kliniki Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży.

(akta kontroli str. 1506-1510)

4. Stosując wobec pacjenta P.R.<sup>60</sup> 22 listopada 2022 r. od godziny 19.30 do godz. 8.01 kolejnego dnia przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia cztero kończynowego i umieszczając go na korytarzu Oddziału C bez zastosowania parawanów przenośnych nie zapewniono poszanowania jej godności i intymności. Stanowiło to naruszenie art. 18 d ust. 1 i 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego a także obowiązujących w Szpitalu wewnętrznych procedur stosowania przymusu bezpośredniego (punkt XV tej procedury). Przywołany przepis ustawy wymaga aby osobę, wobec której zastosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, umieścić w pomieszczeniu jednoosobowym, a w przypadku braku takiej możliwości, osłonić ją od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu.

(akta kontroli str. 2305-2376)

Kierownik Kliniki wyjaśnił, że stosowanie parawanu utrudniałoby personelowi pielęgniarskiemu prowadzenie obserwacji i kontroli stanu pacjenta, co jednak nie może stanowić uzasadnienia dla niestosowania powszechnie obowiązującego przepisu prawa.

(akta kontroli str. 2193-2376)

NIK wskazuje, że podane w wyjaśnieniu okoliczności nie uzasadniają ograniczania prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta, który to obowiązek nakłada na lekarzy i cały personel medyczny art. 36 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, a także art. 12 ust. 1 Kodeksu etyki lekarskiej<sup>61</sup>.

5. W czasie zastosowania środka przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia wobec pacjenta P.R.<sup>62</sup> na oddziale C, od 22 listopada 2022 r. godz. 19.30 do 25 listopada 2022 r. godz. 2.00, dokonano ośmiokrotnego przedłużenia stosowania tego środka bez przeprowadzenia osobistego zbadania pacjenta przez lekarza. Naruszało to art. 18a ust. 8 i 9 ustawy o ochronie zdrowia

<sup>56</sup> Wypełniono w części, brak zaznaczenia prawidłowego zastosowania przymusu bezpośredniego.

<sup>57</sup> Brak wypełnienia oceny zastosowania przymusu bezpośredniego.

<sup>58</sup> Brak wypełnienia oceny zastosowania przymusu bezpośredniego.

<sup>59</sup> Brak daty oraz oceny zastosowania przymusu bezpośredniego.

<sup>60</sup> Nr księgi głównej 2220915

<sup>61</sup> Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej. Treść dokumentu dostępna jest na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej pod adresem: <https://nil.org.pl/>

<sup>62</sup> Nr księgi głównej 2220915

psychicznego stanowiący, że lekarz może przedłużyć stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na następne dwa okresy, z których każdy nie może trwać dłużej niż 6 godzin, po osobistym zbadaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi. Po dwukrotnym przedłużeniu przez lekarza stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji, dalsze przedłużenie jego stosowania na kolejne okresy, z których każdy nie może być dłuższy niż 6 godzin, jest dopuszczalne wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi przez lekarza psychiatrę.

(akta kontroli str. 2305-2376)

Lekarze podejmujący decyzje o przedłużaniu czasu zastosowania środka przymusu bezpośredniego zeznali, że przeprowadzane przez nich badanie było przeprowadzane poprzez obserwację pacjenta albo z okolic drzwi do pomieszczenia pozostających poza obrazem monitoringu, albo poprzez monitoring wizyjny, albo w oparciu o relacje personelu pielęgniarskiego o stanie pacjenta. Każdy z lekarzy podejmujących decyzję o przedłużeniu środka przymusu bezpośredniego wobec tego pacjenta wskazywał, że brak bezpośredniego, osobistego zbadania pacjenta był zgodny z zasadami sztuki, gdyż każde badanie psychiatryczne ma określony standard, a jego szczegóły są dostosowane do aktualnej sytuacji klinicznej pacjenta. Precyzowali, że dokonywane przez lekarza badanie osobiste składa się z zapoznania z pełną dokumentacją medyczną oraz z informacjami od personelu pielęgniarskiego sprawującego bezpośredni nadzór nad osobą, względem której podjęto działania. Ostatnim elementem badania jest osobista ocena pacjenta oparta na zebranych wcześniej informacjach. W ocenie lekarzy, z dokumentacji medycznej i relacji personelu wynikało, iż każda bezpośrednia próba nawiązania kontaktu lub podjęcia czynności w stosunku do tego chorego skutkowałą wyzwoleniem trudnych do opanowania zachowań agresywnych wobec personelu lub zachowań autoagresywnych. Zachowanie tego pacjenta i charakter jego dolegliwości, prezentowany w okresie co najmniej kilku ostatnich dni wymagał maksymalnego ograniczenia bodźców, które mogły by doprowadzić do wyzwolenia kolejnego ataku agresji ze szkodą dla pacjenta. Na podstawie tych przesłanek podchodzenie bezpośrednio do pacjenta, które nie służyło by w danym momencie poszerzeniu informacji, a mogło pogorszyć stan pacjenta w okresie wyciszenia, wskazywało na zasadność rezygnacji z takiej formy badania.

(akta kontroli str. 2385-2395)

Kierownik Kliniki wyjaśnił, że unieruchomienie pacjenta zostało przedłużone ze względu na brak poprawy stanu psychicznego pacjenta, a tym samym na brak podstaw do zakończenia tego środka przymusu. Dodał, że powyższe uchybienia wymagają korekty i zostaną uwzględnione w opiece nad hospitalizowanymi pacjentami.

(akta kontroli str. 2193-2195)

NIK, nie negując przywoływanych wskazań medycznych odnoszących się do stanu pacjenta podkreśla, że przywołany wyżej przepis ustawy o ochronie zdrowia psychicznego stanowi wprost, że badanie pacjenta przed podjęciem decyzji o przedłużeniu stosowania środka przymusu ma być przeprowadzone przez lekarza „osobiście”. Pomimo braku ustawowej definicji tego pojęcia, pomocniczo należy odwołać się do art. 42 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>63</sup> stanowiącego, że „lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności”. Wynika z tego, że w praktyce lekarskiej dopuszczalne są jedynie te trzy sposoby badania,

<sup>63</sup> Dz.U. z 2022 r., poz. 1731 ze zm.

określające jednak w każdym przypadku jakąś formę nawiązania kontaktu z pacjentem (fizycznego oraz / albo słownego). Ww. okoliczności wskazują natomiast, że takiego kontaktu z pacjentem nie było.

6. W dni wolne od pracy (przez cały okres objęty kontrolą) nie zapewniono pacjentom dostępu do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną, co było niezgodne z § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych. Kierownik Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży oraz Kierownik Kliniki Psychiatrii Dorosłych wyjaśnili, że spowodowane było to brakiem zatrudnienia odpowiedniego personelu.

(akta kontroli str. 1255-1259)

7. W Szpitalu nierzetelnie prowadzono ewidencję czasu pracy personelu oddziału C we wrześniu 2022 r. Z wykonanego harmonogramu czasu pracy lekarza psychiatrii dzieci i młodzieży zatrudnionego w Oddziale C, Pani A.S. wynika, że była ona obecna w pracy w dniach 6, 8, 14, 16, 27 września 2022 r. w godz. od 7.25 do 13.05.

Lekarka ta w tym samym czasie udzielała świadczeń zdrowotnych w innym szpitalu na terenie Poznania, co wynikało z załączonej do rachunku wystawionego z tytułu udzielania tych świadczeń ewidencji godzin realizacji usług w drugim szpitalu.

We wrześniu 2022 r. lekarka ta udzielała świadczeń w drugim szpitalu:

- 6 września 2022 r. – od 9.00 do 11.00 (w Szpitalu od 7.25 do 13.05)
- 8 września 2022 r. – od 8.30 do 10.45 (w Szpitalu od 7.25 do 13.05)
- 16 września 2022 r. – od 9.00 do 11.00 (w Szpitalu od 7.25 do 13.05)
- 27 września 2022 r. – od 9.00 do 11.00 (w Szpitalu od 7.25 do 13.05)

Lekarka zeznała, że we wskazanych powyżej dniach i godzinach w rzeczywistości przebywała poza terenem Szpitala i udzielała świadczeń poza Szpitalem, a nieobecność w Szpitalu zgłosiła ustnie swojej sekretarce. Wynikało to tworzeniem nowego oddziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży w Poznaniu, którego utworzenie było konieczne<sup>64</sup>. Zeznała, że oddziały psychiatryczne w Szpitalu nie są w stanie obsłużyć wszystkich pacjentów w zakresie występujących potrzeb. Zeznała także, że była przekonana, że z ustaleń dotyczących wsparcia utworzenia ww. oddziału pomiędzy kierownictwem Centrum Medyczne HCP Sp. z o.o. i Szpitala oraz NFZ wynikało, że ma wykonywać obowiązki w HCP.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że 28 grudnia 2022 r. pracownica ta złożyła korektę ewidencji czasu pracy w Szpitalu za wrzesień 2022 r. W dniu 30 grudnia 2022 r. do Działu Płac i Spraw Socjalnych złożony został wniosek o dokonanie, zgodnie ze skorygowanym harmonogramem, korekty wynagrodzenia wypłaconego tej pracownicy za miesiąc wrzesień.

(akta kontroli str. 2396-2417)

NIK wskazuje, że wykonywanie pracy dla innego pracodawcy w czasie, kiedy pracownik powinien wykonywać swoje obowiązki u pierwszego pracodawcy, może stanowić naruszenie obowiązków pracowniczych wymienionych w art. 100 § 1

<sup>64</sup> Z dniem 29 sierpnia 2022 r. zaprzestął działalności oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży w szpitalu „Dziekanka” w Gnieźnie

i § 2 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy<sup>65</sup> i skutkować odpowiedzialnością porządkową pracownika (art. 108 § 1 kp).

8. W dniu oględzin<sup>66</sup> 11 łóżek pacjentów znajdowało się na korytarzach oddziałów C i D (odpowiednio cztery i siedem łóżek), co stanowiło 24% łóżek zgłoszonych do rejestru podmiotów leczniczych na oddziałach. Hospitalizowanie pacjentów na korytarzach jest stanem niezgodnym z § 15 rozporządzenia w sprawie pomieszczeń podmiotu leczniczego. Zgodnie z tym przepisem zespoły pomieszczeń stanowiących oddziały łóżkowe szpitala, z wyjątkiem pomieszczeń administracyjnych i socjalnych, nie mogą być przechodnie, natomiast korytarz nie spełnia takiego kryterium. Stan taki narusza także prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności pacjenta, o czym mowa w art. 20 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta.

Kierownicy obu Oddziałów wyjaśnili, że z uwagi na brak miejsc konieczne było ulokowanie pacjentów na korytarzu.

Nie kwestionując obowiązku udzielenia pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia<sup>67</sup> i konieczności przyjęcia do szpitala każdego pacjenta w stanie zagrożenia życia<sup>68</sup> NIK wskazuje, że rozwiązanie to („dostawki na korytarzu”) nie spełnia ww. wymagań i nie może być rozwiązaniem standardowym<sup>69</sup>. Wykorzystanie łóżek w okresie objętym kontrolą wskazywało, że rozwiązanie to było powszechne. Jedynie w roku 2020, tj. w początkowym okresie pandemii COVID-19, gdy w Szpitalu wstrzymano przyjęcia na oddziały, wykorzystanie łóżek nie przekraczało 100%. W korespondencji<sup>70</sup> związanej z propozycją WOW NFZ na zwiększenie liczby łóżek dedykowanych psychiatrii dla dzieci w Szpitalu poprzez zmniejszenie liczby łóżek dedykowanych psychiatrii dorosłych<sup>71</sup>, Dyrektor wskazał na brak możliwości dokonania takiej zamiany<sup>72</sup>. Z załączonych do odpowiedzi opinii Kierowników Klinik Psychiatrii (dla Dorosłych i dla Dzieci i Młodzieży) wynikało m.in., że zwiększenie bazy łóżkowej bez zwiększenia przestrzeni nie jest możliwe. Wskazywano również, że przyznanie środków na rozbudowę szpitala i uzyskanie statusu III poziomu referencyjności może przyczynić się do polepszenia się warunków hospitalizacji pacjentów.

9. Szpital nie aktualizował na bieżąco planów ewakuacji dla oddziałów psychiatrycznych C i D dla dzieci i młodzieży. W czasie prowadzonych oględzin na oddziałach psychiatrycznych C i D, plany ewakuacji zawieszono na ścianie przy wyjściu z oddziałów były nieaktualne i tak:
- na oddziale C w pokojach znajdowały się po trzy łóżka pacjentów, natomiast według planu ewakuacyjnego powinny być tylko dwa łóżka;

<sup>65</sup> Dz.U. z 2022 r., poz. 1510 ze zm.

<sup>66</sup> 25 października 2022 r.

<sup>67</sup> Art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry Dz. U. z 2022, poz. 1731.

<sup>68</sup> Art. 15 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej wprowadza zakaz odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia

<sup>69</sup> Patrz korespondencja Rzecznika Praw Pacjenta i Ministra Zdrowia <https://archiwum.rpp.gov.pl/aktualnosci/rzecznik-praw-pacjenta-o-dostawkach-na-korytarzach-szpitalnych,281.html>

<sup>70</sup> Prowadzonej w okresie likwidacji oddziału psychiatrycznego dziecięcego w szpitalu w Gnieźnie.

<sup>71</sup> Pismo WOW NFZ w Poznaniu z 26 maja 2022 r. znak WSOZ-SSST.424.4.8.2020 PSY.200.BK.2018 do Dyrektora Szpitala wraz z odpowiedzią pismem z 31 maja 2022 r. znak L.dz.Dsz86/22

<sup>72</sup> Korespondencja była prowadzona w okresie wypowiedzenia umów o pracę pięciu lekarzy psychiatrów oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży.

- na oddziale D, pokoje pacjentów znajdowały się w części centralnej oddziału, natomiast według planu ewakuacyjnego trzy pokoje pacjentów umieszczone były w części, gdzie znajdowały się gabinety lekarskie.

(akta kontroli str. 1645-1663)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że pierwotne plany przeznaczenia budynku zakładały inne przeznaczenie i liczbę łóżek, niemniej z uwagi na możliwość zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom odstąpiono od tych założeń. Dodał, że plany ewakuacji oddziału C i D zostaną zaktualizowane zgodnie ze stanem faktycznym. Zostało to zrobione Anekssem nr 1 z 16 listopada 2022 r. do Zarządzenia nr 7/2013 Dyrektora Szpitala w sprawie Instrukcji Bezpieczeństwa Pożarowego zatwierdzającym zaktualizowane plany ewakuacji dla oddziału psychiatrycznego dzieci i młodzieży C i D.

(akta kontroli str. 1371-1373, 1674-1681)

## IV. Uwagi i wnioski

Uwagi Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

Wnioski W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK wnosi o:

1. zgłoszenie organowi prowadzącemu Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą zmiany danych związanych z zaprzestaniem działalności wydzielonego Pododdziału Dziennego Młodzieżowego w Oddziale D Psychiatrycznym Dzieci i Młodzieży;
2. doprowadzenie do zgodności treści Regulaminu organizacyjnego z faktyczną strukturą organizacyjną Szpitala;
3. opracowywanie indywidualnych planów rehabilitacyjnych dla każdego z pacjentów;
4. zapewnienie zachowania wymaganego przepisami odstępu czasowego pomiędzy kolejnymi badaniami osoby wobec której zastosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, a także rzetelnego prowadzenia kart stosowania przymusu bezpośredniego,
5. zapewnienie przedłużania środków przymusu bezpośredniego stosowanego wobec pacjentów wyłącznie po przeprowadzeniu osobistego zbadania przez lekarza;
6. zapewnienie pacjentom dostępu do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną w dni wolne od pracy;
7. podjęcie działań zmierzających do stworzenia warunków hospitalizacji zapewniających pacjentom respektowanie ich intymności i godności;
8. zapewnienie rzetelnego rozliczanie czasu pracy przez pracowników Szpitala.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się



Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykonania wniosków

do dyrektora Delegatury NIK w Poznaniu. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku zgłoszenia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Poznań, 20 stycznia 2023 r.

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Poznaniu

Kontroler  
Piotr Kręt  
specjalista kontroli państwowej

Dyrektor  
Karolina Wirszyc-Sitkowska  
p.o. Dyrektor  
Delegatury NIK w Poznaniu

.....  
*podpis*

Kontroler  
Maciej Kowalski  
specjalista kontroli państwowej

.....  
*podpis*

.....  
*podpis*