



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

LGD.411.1.1.2024

Pani
Agnieszka Edyta Jędrzejczak

Dyrektor
Krajowego Ośrodka
Zapobiegania Zachowaniom Dys socjalnym

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

D/23/514 Funkcjonowanie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dys socjalnym

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym Oddział Zamiejscowy w Czersku ul. Dworcowa 29, 89-650 Czersk (dalej: „KOZZD OZ w Czersku” lub „OZ KOZZD”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Agnieszka Jędrzejczak, Dyrektor Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym od 1 października 2023 r., w okresie od 26 stycznia 2023 r. do 30 września 2023 r. pełniąca obowiązki Dyrektora KOZZD. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił: Ryszard Wardeński, Dyrektor KOZZD od 22 stycznia 2014 r. do 26 stycznia 2023 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Prowadzenie postępowania terapeutycznego wobec osób stwarzających zagrożenie umieszczonych w Oddziale zamiejscowym KOZZD. 2. Warunki organizacyjne w Oddziale zamiejscowym KOZZD. 3. Przestrzeganie praw osób umieszczonych w Oddziale zamiejscowym KOZZD.
Okres objęty kontrolą	Lata 2021-2023.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust.1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Gdańsku
Kontroler	1. Piotr Lewandowski, doradca techniczny, upoważnienie do kontroli nr LGD/3/2024 z 30 stycznia 2024 r.

(akta kontroli str.1-13)

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Liczba osób przebywających w KOZZD OZ w Czersku była zgodna z obowiązującymi przepisami. Postępowanie terapeutyczne wobec osób stwarzających zagrożenie, umieszczonych w KOZZD OZ w Czersku prowadzono w ramach obowiązujących przepisów prawa. Absencja na zajęciach, na podstawie wybranej do badania dokumentacji dotyczącej udziału pacjentów w zajęciach z terapeutą wynosiła od 14,0% do 97,6%, przy czym absencję powyżej 58,6% miało sześciu z jedenastu pacjentów, których frekwencja na zajęciach objęto badaniem. Nie rzadziej niż raz na sześć miesięcy psychiatra w porozumieniu z psychologiem dokonywali analizy skuteczności dotychczasowego postępowania terapeutycznego wobec osoby umieszczonej w KOZZD OZ w Czersku. Każdorazowo ocena ta przesyłana była przez Dyrektora KOZZD do sądu. W OZ KOZZD zatrudniano personel umożliwiający prowadzenie diagnostyki i terapii w tym psychiatrów, psychologów, pielęgniarki i terapeutów zajęciowych, a ponadto sanitariuszy, pracowników socjalnych i pracowników służby ochrony. W OZ KOZZD znajdowały się wszystkie pomieszczenia wymagane wg § 3 ust. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym³ (dalej: „rozporządzenie ws. KOZZD”). Monitoring pomieszczeń w łazienkach i toaletach zapewniał podopiecznym OZ KOZZD intymności poprzez zastosowanie przysłony w obrazie. W wyniku badania skarg i wniosków kierowanych do Dyrektora przez pacjentów stwierdzono, że w miarę możliwości Ośrodka były one rozpatrywane zgodnie z wolą pacjenta. Środki przymusu bezpośredniego (dalej: „ŚPB”) stosowano w wyniku reakcji na zachowania pacjentów lub prewencyjnie.

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości dotyczyły m. in.:

- sposobu dokumentowania procesu terapeutycznego i jego weryfikacji,
- niesporządzania pisemnych zakresów czynności oraz pisemnych upoważnień dla osób zarządzających jak i poszczególnych pracowników KOZZD OZ w Czersku,
- kompetencji i uprawnień osób decydujących o zastosowaniu ŚPB, sposobu dokumentowania przebiegu jego stosowania i realizacji nadzoru nad przebiegiem trwania ŚPB.
- zasad utrwalania monitorowanego obrazu lub dźwięku.,
- realizacji obowiązków dotyczących bezpieczeństwa pożarowego polegające na nieprzeprowadzeniu praktycznego sprawdzenia organizacji oraz ewakuacji z całego obiektu oraz niezatwierdzenia i niewdrożenia przez Dyrektora, w okresie objętym kontrolą, instrukcji bezpieczeństwa pożarowego dla budynków KOZZD OZ w Czersku.

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

³ Dz. U. z 2023 r. poz. 197.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁴ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Prowadzenie postępowania terapeutycznego wobec osób stwarzających zagrożenie umieszczonych w Oddziale zamiejscowym KOZZD

Opis stanu faktycznego

Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym utworzono na mocy ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie wobec życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (dalej: „ustawa o KOZZD”)⁵. Oddział zamiejscowy KOZZD został utworzony na mocy zarządzenia Ministra Zdrowia z 5 marca 2021 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie nadania statutu Krajowemu Ośrodkowi Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym⁶ i funkcjonuje na terenie dawnej jednostki penitencjarnej – Oddziału Zewnętrznego w Czersku Zakładu Karnego w Koronowie, która to nieruchomość została użyczona KOZZD przez Służbę Więzienną. KOZZD jest podmiotem leczniczym, którego zadaniem jest prowadzenie postępowania terapeutycznego wobec osób w nim umieszczonych postanowieniem sądu. Ośrodek podlega Ministrowi Zdrowia. OZ KOZZD został utworzony w strukturze KOZZD.

1. 1. Zgodnie z § 2 ust. 4 rozporządzenia ws. KOZZD liczba łóżek w oddziałach zamiejscowych wynosiła 40. Pierwsi pacjenci w OZ KOZZD zostali umieszczeni w 2022 r. i według stanu na 30 czerwca było ich 11, a na 31 grudnia 20. W 2023 r. liczba pacjentów wzrastała odpowiednio do: 24 w połowie i 25 na koniec roku. Wśród pacjentów była jedna kobieta. W okresie objętym kontrolą liczba pacjentów w OZ KOZZD nie przekraczała limitu określonego w rozporządzeniu ws. KOZZD. Dyrektor wyjaśniła, że KOZZD nie dysponuje pełnymi danymi o umieszczeniu w OZ KOZZD na podstawie art. 21 ust. 1 albo art. 21 ust. 2 ustawy o KOZZD z uwagi na brak takich informacji w postanowieniach sądowych dotyczących umieszczenia pacjenta w KOZZD.

(akta kontroli str.14-199, 1006, 1032-1088, 1117-1155)

1.2. Zgodnie z art. 4 ust. 3 ustawy o KOZZD zadaniem KOZZD jest prowadzenie postępowania terapeutycznego wobec osób stwarzających zagrożenie umieszczonych w Ośrodku.

W KOZZD OZ w Czersku nie opracowano koncepcji postępowania terapeutycznego. Dyrektor wyjaśniła, że praca z pacjentami oparta była na realizacji Indywidualnych Planów Terapeutycznych, w tym zdiagnozowanych u pacjentów problemów. Założenia terapeutyczne KOZZD OZ Czersk nie różniły się od założeń terapeutycznych w KOZZD. Jak wyjaśniła Dyrektor były dostosowane do zdiagnozowanych problemów i celów terapeutycznych. Realizacja założeń odbywała się poprzez prowadzenie wobec pacjentów indywidualnych oddziaływań terapeutycznych.

(akta kontroli str.1032-1088)

W KOZZD sformułowano Zasady Konstruowania Indywidualnego Planu Terapeutycznego Pacjenta (dalej: „Zasady IPT”)⁷. Wyodrębniono w nich m.in. obszary

⁴ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁵ Dz. U. z 2022 r. poz. 1689

⁶ Dz. Urz. Ministra Zdrowia z 5 marca 2021 r., poz. 18

⁷ Dokument bez daty.

zdrowia pacjenta, w których diagnozuje się jego problemy. Wprowadzono wymóg identyfikacji celu, jaki należy osiągnąć dla każdego zidentyfikowanego problemu pacjenta oraz zasady dokumentowania procesu terapeutycznego. Wg przyjętych zasad co sześć miesięcy należało dokonywać zbiorczej oceny problemów zidentyfikowanych u pacjenta, poziomu realizacji indywidualnego planu terapeutycznego oraz ewentualnej potrzeby jego zmiany. Ocena miała formę okresowej opinii sądowej przesyłanej do Sądu. W aktualizacji Zasad IPT z 2 lutego 2020 r. wprowadzono w pkt VII postanowienie, iż w ramach zajęć z psychologami zawierane są z pacjentami kontrakty psychologiczne, które z założenia poruszają wymienione w Zasadach IPT kwestie. Ponadto w KOZZD sformułowano zasady spotkań psychoterapeutycznych, w myśl których m.in:

- każdy pacjent Ośrodka objęty był opieką terapeutyczną,
- pacjent otrzymuje indywidualny harmonogram spotkań z psychologami,
- zajęcia nie odbywają się w czasie nieobecności psychologa w pracy i nie są odpracowywane w innym terminie,
- jeżeli pacjent nie zgłosi się na kolejnych pięć spotkań, to psycholog nie ma obowiązku oczekiwać na niego,
- zajęcia mogą być prowadzone jedynie wtedy, kiedy pacjent zaakceptuje treść kontraktu terapeutycznego potwierdzając to swoim podpisem. Jeżeli pacjent nie zaakceptuje zasad kontraktu nie będzie mógł uczestniczyć w spotkaniach terapeutycznych,
- każdy pacjent ma sporządzany indywidualny plan terapii i jest z nim zapoznawany przez psychologa w czasie spotkania,
- pacjent ma prawo uzyskać od psychologa ustną informację o procesie terapii na każdym etapie jej trwania.

Dla pacjentów sporządzano IPT oraz szczegółowy IPT w odniesieniu do problemów psychologicznych i psychoseksualnych, co wynikało z treści pkt VI Zasad IPT⁸

1.3. Badanie dokumentów dotyczących realizacji Zasad IPT 10 wybranych pacjentów najdłużej przebywających w KOZZD OZ w Czersku wykazało, że:

- wszyscy pacjenci przyjmowani byli do KOZZD w Gostyninie i tam sporządzano dla nich pierwszy po przyjęciu Indywidualny Plan Terapeutyczny,
- przede wszystkim jako zalecaną formę terapii pacjenci mieli indywidualne spotkania z psychologami oraz uczestnictwo w terapii zajęciowej,
- dla każdego pacjenta sporządzano harmonogram realizacji terapii,
- co pół roku dla każdego pacjenta sporządzano indywidualny plan terapeutyczny (dalej: „IPT”), w którym zawierano m.in. problemy i cele terapeutyczne⁹,
- w sześciu przypadkach wystąpiły nieprawidłowości związane z brakami formalnymi w IPT lub ich niesporządzeniem, które opisano w dalszej części niniejszego wystąpienia, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Dyrektor wyjaśniła, że pacjenci zapoznawani byli z Indywidualnymi Planami Terapeutycznymi i wprowadzanymi zmianami. Co pół roku z pacjentami omawiane były efekty dotychczasowych oddziaływań terapeutycznych. W toku kontroli nie przedłożono dokumentów świadczących o pisemnej formie zapoznawania pacjenta z Indywidualnymi Planami Terapeutycznymi i wprowadzanymi do nich zmianami.

W zakresie sposobu i wyznaczników rzeczywistej oceny skuteczności prowadzonych działań terapeutycznych Dyrektor wyjaśniła, że rzeczywista ocena skuteczności

⁸ Od 08 maja 2023 r. z pkt IV

⁹ Dla każdego pacjenta winien być sporządzany IPT oraz szczegółowy IPT w odniesieniu do problemów psychologicznych i psychoseksualnych, co wynikało z treści pkt VI Zasad IPT (od 08 maja 2023 r. z pkt IV).

prowadzonych działań terapeutycznych może być dokonywana głównie przez osobę prowadzącą proces terapii. Jest to ocena jakościowa, dokonywana na podstawie obserwacji klinicznej. Nie istnieją ilościowe kryteria oceny skuteczności procesu terapeutycznego. Psycholodzy dokonują półrocznej oceny skuteczności procesu terapii w oparciu o specjalistyczną wiedzę i obserwację pacjenta zarówno w czasie sesji terapeutycznych, jak i jego funkcjonowania w oddziale. Ocena ta jest zawarta w opiniach półrocznych, ale także w aktualizowanych indywidualnych planach terapeutycznych.

W KOZZD OZ Czersk nie była dokonywana analiza absencji pacjentów na zajęciach terapeutycznych i ich przyczyn, ponieważ, jak wyjaśniła Dyrektor, motywacja do rezygnacji z zajęć przez pacjentów była różnorodna i wynikała z trudności osobowościowych, które mogą być rozpatrywane jedynie indywidualnie.

Absencja na zajęciach, na podstawie wybranej do badania dokumentacji dotyczącej udziału pacjentów w zajęciach z terapeutą wynosiła od 14,0% do 97,6%, przy czym absencję od 82,0% do 97,6% miało trzech pacjentów, od 58,6% do 60,3% miało trzech pacjentów, od 24,3% do 39,8% miało trzech pacjentów, a od 14,0% do 14,0% dwóch pacjentów.

Dyrektor wyjaśniła, że pacjenci są motywowani do udziału w spotkaniach terapeutycznych głównie podczas odbywanych sesji terapeutycznych. Otrzymują także ramowy program spotkań, zawierający informację o terminach spotkań ze specjalistami. Motywacja do leczenia terapeutycznego jest jednym z podstawowych elementów planu terapeutycznego. Za efekty terapii odpowiedzialny jest głównie pacjent. Jeżeli pacjent rezygnuje z udziału w spotkaniach to traktowane jest to jako jego świadoma decyzja. W przypadku, kiedy pacjent czasowo lub całkowicie przestaje uczestniczyć w spotkaniach z psychologami jest zachęcany do ponownego uczestnictwa.

(akta kontroli str. 200-398, 1032-1088)

1.4. Dla każdego, z 10 objętych badaniem dokumentacji pacjentów sporządzana była co pół roku opinia lekarzy psychiatrów o stanie zdrowia pacjenta i ocena psychologów w odniesieniu do uzyskiwanych wyników postępowania terapeutycznego, którą przekazywano do Sądu.

W przypadku jednego pacjenta¹⁰ z 10 analizowanych przypadków sześciokrotnie kierowano do sądu opinie sporządzane w KOZZD OZ w Czersku, z których wynikało, że dalszy pobyt w Ośrodku osoby umieszczonej nie jest konieczny. Do 19 kwietnia 2024 r. Sąd nie wydał postanowienia o zakończeniu pobytu pacjenta w KOZZD.

Ponadto w kontrolowanym okresie do Sądu kierowano opinie dotyczące niżej wymienionych¹¹, pacjentów KOZZD OZ w Czersku, z których wynikało, że dalszy pobyt w Ośrodku osoby umieszczonej nie jest konieczny:

- pacjent 15/21 – trzy wnioski zespołu terapeutycznego¹² - Sąd nie wydał postanowienia o zakończeniu pobytu pacjenta w KOZZD,
- pacjent 13/18 – pięć wniosków zespołu terapeutycznego¹³ - Sąd nie wydał postanowienia o zakończeniu pobytu pacjenta w KOZZD,

¹⁰ Pacjent 11/16.

¹¹ Nie objętych badaniem dokumentacji, w ramach opisanej próby celowej.

¹² Wnioski z 02 grudnia 2022 r., 02 czerwca 2023 r., 01 grudnia 2023 r.

¹³ Wnioski z 13 maja 2021 r., 12 listopada 2021 r., 12 maja 2022 r., 10 listopada 2022 r., 10 listopada 2023 r.

- pacjent 10/18 – sześć wniosków zespołu terapeutycznego¹⁴ - Sąd nie wydał postanowienia o zakończeniu pobytu pacjenta w KOZZD.

(akta kontroli str.398 - 417)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W wyniku badania zanonimizowanej dokumentacji wybranych pacjentów KOZZD OZ w Czersku stwierdzono:

- nie sporządzono dwóch IPT co było niezgodne z art. 25 ustawy o KOZZD, a cztery¹⁵ z 10 badanych IPT nie zawierały podpisu Dyrektora KOZZD, który zgodnie z ww. przepisem sporządza indywidualny plan terapii dla każdej osoby stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku,
- w dwóch¹⁶ IPT szczegółowych brak było podpisu autora, a w dwóch¹⁷ brak było podpisu koordynatora pracy psychologów, co w ocenie NIK było działaniem nierzetelnym.

Dyrektor wyjaśniła m.in, że braki w zakresie IPT szczegółowych wynikały m.in. z czasowej niedostępności terapeutów, którzy je opracowali. Od uruchomienia elektronicznej dokumentacji medycznej - programu Optimed w KOZZD tj. od dnia 08.05.2023 r. IPT zbiorcze nie było drukowane, a jedynie dostępne w wersji elektronicznej, w związku z czym nie było podpisywane przez Dyрекcję Ośrodka.

Dodatkowo, jak wskazała Dyrektor, KOZZD boryka się z problemami technicznymi związanymi z generowaniem IPT, co zostało kilkakrotnie zgłaszane do firmy COMARCH. Pomimo wielokrotnych prób naprawy, nadal występują usterki techniczne w tym zakresie. W tym miejscu należy dodać, że pomimo wprowadzenia problemów zidentyfikowanych u pacjentów do programu Optimed, nie widnieją one z przyczyn technicznych w Indywidualnym Planie Terapeutycznym, a jedynie w poszczególnych obszarach problemowych. Przyczyną takiego stanu rzeczy może być również stopień skomplikowania IPT prowadzonego w KOZZD.

Zdaniem NIK sporządzanie IPT zbiorczego jedynie w ramach programu ewidencji medycznej bez opatrzenia takiej formy dokumentu kwalifikowanym podpisem elektronicznym Dyrektora KOZZD obowiązkiem, którego jest sporządzenia IPT dla każdej osoby umieszczonej w Ośrodku, jest niezgodne art. 25 ustawy w myśl którego indywidualny plan terapii dla każdej osoby stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku sporządza Kierownik Ośrodka.

(akta kontroli str.398, 1032-1088)

2. W Oddziale nie zapewniono rzetelnej bieżącej weryfikacji przez Koordynator Pracy Psychologów dokumentów sporządzanych przez psychologów oraz rzeczywistego nadzoru Dyrektor Ośrodka nad sporządzaną dokumentacją w KOZZD w tym zakresie.

Długi czas pomiędzy stworzeniem dokumentacji przez psychologa a jej weryfikacją przez Koordynatora potwierdza stosowanie pieczętki z dwuczęłowym nazwiskiem

¹⁴ Wnioski z 18 czerwca 2021 r., 17 grudnia 2021 r., 17 czerwca 2022 r., 16 grudnia 2022 r., 16 czerwca 2023 r., 15 grudnia 2023 r.

¹⁵ Pacjent 06/15 – brak podpisu dyrektora pod IPT zbiorczym z 11.05.2023 r. oraz 13.11.2023 r., pacjent 10/16 – brak IPT zbiorczego za II półrocze 2023 r. (sporządzono IPT zawierający wyłącznie problemy grupy F bez podpisu dyrektora), pacjent 12/16 – brak IPT zbiorczego za II półrocze 2023 r., pacjent 07/22 – brak IPT zbiorczego za I półrocze 2023 r., brak akceptacji dyrektora IPT zbiorczego z 08.12.2023 r. pacjent 01/22 – brak podpisu dyrektora pod IPT zbiorczym z 11.08.2023 r.

¹⁶ Pacjent 06/15 –IPT szczegółowy z 16 maja 2022 r., pacjent 15/15 - IPT szczegółowy z 24 kwietnia 2022 r.,

¹⁷ Pacjent 12/16 –IPT szczegółowy z 27 września 2022 r., pacjent 01/22 –IPT szczegółowy z 25 kwietnia 2022 r.

na dokumentach sporządzonych od 138 do 585 dni przed zgłoszeniem zmiany nazwiska.

Z analizy przedłożonej do kontroli dokumentacji wynika m.in., że Koordynator Pracy Psychologów dokonywała weryfikacji (używając pieczętki z dwuczłonowym nazwiskiem, którą uzyskała po 9 października 2023 r.) na dokumentach z dnia m.in. 03 marca 2022 r., 22 kwietnia 2022 r., 29 września 2022 r., 24 maja 2023 r.

Dyrektor wyjaśniła, że Koordynator Pracy Psychologów dokonuje przeglądu dokumentów psychologów w dowolnym, wybranym przez siebie czasie. Niekiedy zalecała psychologom uzupełnienie brakujących informacji w okresie, kiedy posługiwała się pieczętką z nazwiskiem jednoczłonowym, a dokonała ponownego ich sprawdzenia po zmianie nazwiska.

Dyrektor wyjaśniła, że Koordynator Pracy Psychologów odpowiedzialny jest za organizację pracy psychologów i monitorowanie systematyczności w prowadzeniu dokumentacji psychologicznej. Koordynator Pracy Psychologów nie zatwierdza dokumentacji psychologicznej pacjentów prowadzonej przez poszczególnych psychologów i nie jest też umocowany do oceny merytorycznej strony pracy innych psychologów. Może jedynie nadzorować stronę formalną tej pracy.

Zdaniem NIK monitoring systematyczności prowadzenia dokumentacji, która ma służyć terapii i pacjentowi do zwiększania efektywności wspólnej pracy – powinien być prowadzony na bieżąco, a przypadki składania podpisu kilka miesięcy po sporządzeniu IPT świadczą o braku rzetelności w tym zakresie.

(akta kontroli str. 398, 1032-1088)

OCENA CZĄSTKOWA

Liczba osób przebywających w KOZZD OZ w Czersku była zgodna z obowiązującymi przepisami. Postępowanie terapeutyczne wobec osób stwarzających zagrożenie, umieszczonych w KOZZD OZ w Czersku prowadzono w ramach obowiązujących przepisów prawa. Terapie z pacjentami prowadzono w ramach indywidualnych spotkań z psychologami oraz w ramach terapii zajęciowej. Absencja na zajęciach, na podstawie wybranej do badania dokumentacji dotyczącej udziału pacjentów w zajęciach z terapeutą wynosiła od 14,0% do 97,6%, przy czym absencję powyżej 58,6% miało sześć z jedenastu pacjentów, których frekwencja na zajęciach objęto badaniem. Dla każdego pacjenta sporządzano indywidualny plan terapii. Nie rzadziej niż raz na sześć miesięcy psychiatra w porozumieniu z psychologiem dokonywali analizy skuteczności dotychczasowego postępowania terapeutycznego wobec osoby umieszczonej w KOZZD OZ w Czersku. Każdorazowo ocena ta przesyłana była przez Dyrektora KOZZD do sądu. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły sposobu dokumentowania procesu terapeutycznego osób umieszczonych w Ośrodku i jego weryfikacji.

OBSZAR

2. Warunki organizacyjne w Oddziale zamiejscowym KOZZD.

Opis stanu faktycznego

2.1. W okresie objętym kontrolą w KOZZD OZ Czersk zatrudniano m.in. personel terapeutyczny¹⁸, pracowników służby ochrony oraz sanitariuszy i pracowników socjalnych.

Liczba pracowników OZ w podziale na ww. grupy wynosiła:

¹⁸ Lekarze psychiatry, psychologowie, spec. psychoterapii uzależnień, terapeuci zajęciowi, pracownicy resocjalizacji, pielęgniarki.

- wg stanu na 30 czerwca 2022 r. - 16 pracowników personelu terapeutycznego¹⁹, 27 pracowników służby ochrony²⁰, 13 sanitariuszy i pracowników socjalnych,
- wg. stanu na 31 grudnia 2022 r. - 26 pracowników personelu terapeutycznego²¹, 66 pracowników służby ochrony²², 18 sanitariuszy i pracowników socjalnych,
- wg. stanu na 30 czerwca 2023 r. - 26 pracowników personelu terapeutycznego²³, 70 pracowników służby ochrony, 18 sanitariuszy i pracowników socjalnych,
- wg. stanu na 31 grudnia 2023 r. - 27 pracowników personelu terapeutycznego²⁴, 69 pracowników służby ochrony²⁵, 18 sanitariuszy i pracowników socjalnych,

Jeden lekarz psychiatra zatrudniony był w Ośrodku od 01 kwietnia 2023 r.²⁶

Porównując liczbę przebywających pacjentów do liczby zatrudnionych osób, dla personelu terapeutycznego przypada ponad jeden pacjent na jednego pracownika, jednakże uwzględniając rozkład godzinowy pracy personelu terapeutycznego na jednego pracownika przypada pięciu pacjentów.

Podobnie w grupie pracowników ochrony proporcja liczbowa to ok. 0,35 pacjenta na pracownika, jednakże uwzględniając dobowy rozkład czasu pracy na jednego pracownika ochrony przypada 1,65 pacjenta.

W początkowym okresie po uruchomieniu KOZZD OZ w Czersku w styczniu 2022 r. personel terapeutyczny współpracował z Ośrodkiem na podstawie umów cywilnoprawnych. Od kwietnia 2022 r., forma zatrudnienia dla większości osób zamieniła się na umowę o pracę, poza pielęgniarkami i pielęgniarzami, w przypadku których zawarto kontrakty. W dwóch przypadkach (psychologa seksuologa i psychoterapeuty uzależnień) do końca czerwca 2023 r. podstawę współpracy stanowiły: umowa cywilnoprawna i kontrakt. Personel terapeutyczny na umowę o pracę zatrudniano w pełnym wymiarze czasu pracy. Pracownicy na kontraktach (pielęgniarki/pielęgniarze) mieli zapewnić określoną minimalną obsadę na dyżurach całodobowych.

Ośrodek w chwili uruchomienia nie dysponował stałym lekarzem.

Dyrektor wyjaśniła, że w początkowej fazie funkcjonowania Oddziału Zamiejscowego, nadzór medyczny nad pacjentami sprawowali lekarze z Ośrodka w Gostyninie, a dwóch z nich było cyklicznie oddelegowywanych do Czerska. Trudności z zatrudnieniem lekarza psychiatry na stałe wynikały z braku zainteresowania podjęciem pracy w KOZZD OZ w Czersku. Dopiero w kwietniu 2023 r. w ramach kontraktu został zatrudniony lekarz psychiatra, a od kwietnia 2024 r. pracę podjął dodatkowy lekarz.

Pacjenci pozostawali pod całodobową opieką pielęgniarską. Lekarz psychiatra oraz terapeuci pracowali w KOZZD OZ w Czersku w systemie zmianowym. Psycholodzy, pracownik resocjalizacji oraz terapeuci zajęciowi pracowali od poniedziałku do piątku w systemie dwuzmianowym. Dodatkowo w dni robocze w systemie jednozmianowym zatrudniony był terapeuta odwykowy.

¹⁹ W tym dwóch psychologów i jeden specjalista psychoterapii uzależnień.

²⁰ Dodatkowo 24 funkcjonariuszy oddelegowanych ze Służby Więziennej.

²¹ W tym dwóch psychologów i jeden specjalista psychoterapii uzależnień.

²² Dodatkowo 14 funkcjonariuszy oddelegowanych ze Służby Więziennej.

²³ W tym trzech psychologów i jeden specjalista psychoterapii uzależnień.

²⁴ W tym trzech psychologów i jeden specjalista psychoterapii uzależnień.

²⁵ Dodatkowo 14 funkcjonariuszy oddelegowanych ze Służby Więziennej.

²⁶ W formie kontraktu w wymiarze miesięcznym co najmniej 240 godzin.

Lekarz psychiatra dostępny był w Oddziale początkowo w cztery dni tygodnia, a następnie w pięć, tj.:

- w okresie od kwietnia do października 2023 r. – we wtorek od godziny 10:00 do godz. 15:30 w środę oraz w czwartek od 8:00 do 15:30 w piątek;
- od października 2023 r. – w poniedziałek od godziny 8:00 do godz. 15:30 w środę oraz w czwartek od 8:00 do 15:30 w piątek. Psycholodzy i pracownik resocjalizacji pracowali w dni robocze, w tym w 2022 r. i do maja 2023 r. na jednej zmianie od 8:00 do 15:35²⁷ oraz od maja 2023 r. na dwóch zmianach od 08:00 do 15:35 i od 12:25 do 20:00.

Terapeuci zajęciowi również pracowali w dni robocze, w tym do marca 2022 r. na jednej zmianie od 8:00 do 15:35, a następnie na dwóch zmianach od 08:00 do 15:35 i od 12:25 do 20:00.

Dyrektor wyjaśniła, że na każdej ze zmian miały pracować z założenia dwie osoby z ww. grup, przy czym w razie absencji miała być zapewniona osoba na każdej zmianie. Rotacja zmian następowała w okresach tygodniowych.

Pracownik socjalny oraz psychoterapeuta uzależnień pracowali w dni robocze w stałych godzinach od 8:00 do 15:35.

Plan pracy pielęgniarek/pielęgniarzy w dni robocze zapewniał obsadę na dwóch zmianach: w godzinach od 07:00 do 19:00 co najmniej trzech pracowników oraz od 19:00 do 07:00 dwóch pracowników. Natomiast w soboty, niedziele i święta minimalna na obu zmianach pracowało dwóch pracowników.

Pracownicy ochrony pracowali początkowo w ramach umowy zlecenia, a od marca 2022 r. w ramach umów o pracę. W 2022 r. dodatkowo zadania ochrony pełnili również oddelegowani funkcjonariusze Służby Więziennej. System pracy pracowników ochrony obejmował dwie zmiany od 06:00 do 18:00 i od 18:00 do 06:00. Od początku 2022 r. obsadę zapewniało minimum trzech pracowników w porze porannej oraz dwóch w porze nocnej. Z uwagi na ograniczanie współpracy z funkcjonariuszami Służby Więziennej, zatrudniano kolejne osoby na umowę o pracę, zapewniając obsadę minimum 10 pracowników w porze porannej i ośmiu w porze nocnej.

Największa rotacja pracowników występowała wśród personelu terapeutycznego oraz pracowników służby ochrony.

Jak wyjaśniła Dyrektor, personel terapeutyczny zmieniał się od początku działania KOZZD OZ w Czersku. Zwiększał się wraz z przybywaniem nowych pacjentów, ale też wymieniał w przypadku rezygnacji pracowników lub nieprzedłużenia umów ze strony KOZZD. Największe problemy, poza wskazanym wcześniej personelem lekarskim, odnotowywano z psychologami, w szczególności psychologami-seksuologami. Na tym stanowisku zatrudniono już trzeciego pracownika. Powodem rezygnacji poprzedników były zdecydowanie wyższe wymagania co do zarobków, ale też i kłopoty z dojazdami do OZ.

KOZZD OZ w Czersku nie poszukiwał się współpracą z terapeutami zewnętrznymi, poza jedną umową nawiązaną z seksuologiem w zakresie wykonywania konsultacji na rzecz pacjentów Oddziału.

W zakresie wymagań KOZZD dotyczących kwalifikacji pracowników Dyrektor wyjaśniła, że od psychologów wymagano wykształcenia magisterskiego w kierunku psychologia. Psychoterapeuta uzależnień zatrudniany w OZ musi posiadać certyfikat

²⁷ Wyjątek stanowiła na początku roku 2022 psycholog seksuolog która pracowała tylko w soboty od 8:00 do 18:00.

psychoterapii uzależnień. Ośrodek zatrudniał dyplomowanych terapeutów zajęciowych²⁸ oraz pracowników na stanowisku przyuczony instruktor terapii zajęciowej. Jak wyjaśniła Dyrektor Ośrodek ze względu na braki kadrowe zatrudnia też osoby, które są trakcie uzupełniania wykształcenia ww. zakresie. Pracownicy resocjalizacji posiadali wykształcenie wyższe magisterskie o kierunku pracownik resocjalizacji. Pracownik socjalny posiadał wykształcenie wyższe w kierunku pracy socjalnej.

Wg wyjaśnień Dyrektor, osoba świadcząca usługi pielęgniarские musi posiadać wykształcenie średnie lub wyższe w swojej dziedzinie, posiadać aktualne prawo wykonywania zawodu. Sanitariusze/salowi nie muszą legitymować się odpowiednim wykształceniem. Sanitariusze muszą posiadać jedynie ukończony odpowiedni kurs kwalifikacyjny.

Pracownicy ochrony posiadali dodatkowe wykształcenie w kierunku kwalifikowanych pracowników ochrony.

W kontrolowanym okresie pracownicy OZ KOZZD uczestniczyli w zorganizowanych przez Ośrodek szkoleniach dotyczących:

- Kontakt z trudnym pacjentem – sposób radzenia sobie z agresją i rozwiązywanie problemów - szkolenie wewnętrzne – 146 osób,
- Szkolenie teoretyczne dotyczące środków przymusu bezpośredniego – 30 osób,
- Zajęcia doskonalące z zakresu samoobrony i technik interwencji dla pracowników ochrony Oddziału Zamiejscowego w Czersku – 252 pracowników ochrony,
- Trening radzenia sobie ze stresem i kontrolowania emocji – szkolenie wewnętrzne – 52 osoby.

Jeden pracownik podjął doksztalcenie w Szkole Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej w Warszawie przy Uniwersytecie SWPS²⁹, dofinansowane ze środków pracodawcy w wysokości 20%.

Dyrektor, w zakresie zapewnienia pracownikom KOZZD OZ w Czersku szkoleń rozwojowych lub wspierających (z wyłączeniem szkoleń z samoobrony) innych niż szkolenia wewnętrzne wyjaśniła, że z chwilą zatrudnienia pracownika nie są prowadzone szkolenia przed podjęciem obowiązków, ale są zintegrowane w codzienne obowiązki pracy, gdzie nowy pracownik uczy się poprzez praktykę i pod nadzorem bezpośredniego przełożonego. Dla osób odpowiedzialnych za realizację programów terapeutycznych nie organizowano zewnętrznych szkoleń podnoszących kwalifikacje w tym zakresie. Personel KOZZD OZ w Czersku, mający bezpośredni kontakt z umieszczonymi nie został objęty usystematyzowanym wsparciem psychologicznym. KOZZD stworzył jednak jednolity dla wszystkich psychologów sposób dofinansowania superwizji. Wg wyjaśnień Dyrektor, każdy z psychologów, w miarę potrzeb, mógł skorzystać z indywidualnej superwizji, uzyskując dofinansowanie 50% jej kosztów. Wg założeń dyrekcji KOZZD, psycholodzy niekorzystający z takiego wsparcia, nie mieli takiej potrzeby. Dyrektor wyjaśniła ponadto, iż od dłuższego czasu Ośrodek próbuje we własnym zakresie zorganizować i sfinansować w całości superwizję dla wszystkich zainteresowanych pracowników, jednak brakuje osób chętnych do współpracy z Ośrodkiem.

²⁸ W okresie od 01 listopada 2022 r. do 15 grudnia 2022 r. jednego. Od 15 grudnia 2022 r. do 31 stycznia 2023 r. dwóch i od 01 lutego 2023 r. do 31 grudnia 2023 r. jednego.

²⁹ Uniwersytet SWPS z siedzibą w Warszawie – uczelnia niepubliczna z siedzibą w Warszawie, utworzona w 1996 jako Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej.

Dla pracowników KOZZD OZ w Czersku nie sporządzano pisemnych zakresów czynności oraz pisemnych upoważnień dla osób zarządzających, jak i poszczególnych pracowników, co zostało opisane w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str.418-493, 1011-1088, 1093-1113, 1117-1155)

2.2. W wyniku przeprowadzonych KOZZD OZ w Czersku oględzin stwierdzono m.in., że:

- na terenie Oddziału znajdowały się wszystkie pomieszczenia wymagane zgodnie z § 3 ust. 6 rozporządzenia ws. KOZZD, w tym m.in. sale łóżkowe, świetlice z dostępem do telewizora, pokoje pracy terapeutów, pomieszczenia dla personelu medycznego, dwie sale terapii zajęciowej wyposażone m.in. w urządzenia do ćwiczeń fizycznych oraz prac manualnych, kaplicę wykorzystywaną również do zajęć z pacjentami, pomieszczenie dozoru wizyjnego oraz przestrzeń do spacerów i przebywania na świeżym powietrzu wyposażoną w grill, przyrządy do ćwiczeń i stół do ping-ponga;
- sale łóżkowe wyposażono w metalowe łóżka piętrowe z szufladami pod dolnym łóżkiem, metalowe szafki na rzeczy osobiste pacjentów, stół i krzesła, półki wiszące;
- pacjenci posiadali w salach rzeczy osobiste w tym urządzenia elektroniczne w tym laptopy, część rzeczy osobistych pacjentów w tym ubrania przechowywane były po za przeznaczonymi do tego celu szafkami;
- nie wszystkie sale były w pełni obsadzone pacjentami;
- powierzchnia sal łóżkowych, przeznaczonych dla pacjentów, wynosiła od 8-12,4 m² (izolatka), 11,6 -15 m² (sale dwu miejscowe) do 15,9-18,3 m² (sale cztero miejscowe); w salach przebywało od jednego do czterech pacjentów. Dla jednej przebywającej w OZ kobiety był oddzielny pokój;
- pokoje i sanitariaty dla personelu zostały wyposażone, zgodnie z § 3 ust. 6 pkt 3 rozporządzenia ws. KOZZD, a także posiadały urządzenia uniemożliwiające wstęp osobom niebędącym personelem;
- do prowadzenia postępowania terapeutycznego wykorzystywano m.in. pomieszczenia zlokalizowane w budynku terapii zajęciowej, w tym sale terapii manualnej, sale z przyrządami do ćwiczeń fizycznych oraz kaplicę;
- warunki zabezpieczenia OZ KOZZD odpowiadały wymogom określonym w § 4 ust. 5 rozporządzenia ws. KOZZD, pomieszczenia w których stale lub czasowo mogli przebywać pacjenci były objęte systemem telewizji wewnętrznej; system sygnalizujący niekontrolowane otwarcie drzwi i okien funkcjonował prawidłowo; pracowników wyposażono w indywidualne urządzenia alarmowe, a nadzór elektroniczny sprawowany był za pośrednictwem systemu monitoringu przez pracownika ochrony w pomieszczeniu monitoringu wizyjnego;
- w OZ KOZZD zapewniono oznakowanie dróg ewakuacji oraz wyznaczono miejsce zbiórki na jego terenie wewnętrznym, w przypadku konieczności ewakuacji pacjentów na zewnątrz budynku, w szczególności: należyście oznaczono drogi ewakuacyjne, w pomieszczeniach nie stwierdzono przedmiotów utrudniających bądź uniemożliwiających ewakuację,
- pacjenci korzystali z urządzeń elektrycznych, laptopów oraz multimedialnych podłączonych do sieci elektrycznej za pomocą przedłużaczy zwisających wzdłuż ścian i łóżek,
- w świetlicy na parterze znajdowały się stoły drewniano-metalowe, nieprzymocowane do podłoża oraz zabudowa wykonana z płyty meblowej,
- pomieszczenie przeznaczone do pracy z psychologiem wyposażono w plastikowy stół ogrodowy,

- w świetlicy na I piętrze znajdowały się stoły i stoliki drewniano-metalowe i drewniane, nieprzytwierdzone do podłoża.

Dyrektor wyjaśniła, że pacjenci przebywający w KOZZD OZ w Czersku są na bieżąco informowani i proszeni o zachowanie należytego porządku w salach oraz stosowanie się do zapisów regulaminu, w tym o nieskładowanie rzeczy na nieużytkowanych łóżkach, niestosowanie przedłużaczy dla sprzętów multimedialnych oraz IT, a także o nieprzechowywanie żywności w miejscach do tego nieprzeznaczonych, jak parapety zewnętrzne.

NIK wskazuje, że stwierdzone w salach łóżkowych pacjentów przedłużacze poprowadzone bez ich trwałego zamocowania mogą w skrajnych przypadkach zostać użyte niezgodnie z ich przeznaczeniem np. w akcie agresji i stanowić realne zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów i personelu.

(akta kontroli str.494-520, 1032-1088)

2.3 Obiekty wchodzące w skład KOZZD OZ w Czersku użytkowane były na podstawie umowy użyczenia z dnia 1 lipca 2021 r., zawartej pomiędzy Zakładem Karnym w Koronowie, a Krajowym Ośrodkiem Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie oraz aneksem do ww. umowy z dnia 24 lutego 2022 r. Zgodnie z postanowieniami aneksu KOZZD zobowiązany jest do dokonywania bieżących przeglądów określonych przepisami prawa.

Obiekty KOZZD OZ w Czersku latach 2021-2023 były poddawane kontrolom, o których mowa w art. 62 ust. 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane³⁰.

W wyniku ww. kontroli jednorocznej w 2022 r. obejmującej elementy budowlane narażone na szkodliwe działanie czynników atmosferycznych wydano zalecenia dotyczące następujących ustaleń:

- budynku wartowni - izolacji piwnic³¹, złuszczenia powłok elewacji³², stolarki okiennej piwnicy³³ oraz czyszczenia rynien³⁴,
- budynku głównego – poprawy elewacji³⁵, wykwitów na schodach³⁶, czyszczenia rynien³⁷,
- budynku terapii – złuszczenia powłoki elewacji i powłok malarskich³⁸, elementów stalowego grodzienia tymczasowego³⁹, czyszczenia rynien⁴⁰, renowacji cokołu budynku⁴¹.

³⁰ Dz. U. z 2024 r. poz. 725, ze zm.

³¹ Prace do wykonania po uregulowaniu dalszego użyczenia obiektu.

³² Prace do wykonania po uregulowaniu dalszego użyczenia obiektu.

³³ Prace do wykonania po uregulowaniu dalszego użyczenia obiektu.

³⁴ Wprowadzono harmonogram czyszczenia dwa razy do roku.

³⁵ Prace do wykonania po uregulowaniu dalszego użyczenia obiektu.

³⁶ Usunięto w 2022 r. oraz usuwane są na bieżąco

³⁷ Wprowadzono harmonogram czyszczenia dwa razy do roku.

³⁸ Prace wykonano podczas kompleksowych prac remontowych budynku.

³⁹ Zdemontowano w lipcu 2022

⁴⁰ Wprowadzono harmonogram czyszczenia dwa razy do roku.

⁴¹ Prace wykonano podczas kompleksowych prac remontowych budynku.

W wyniku ww. kontroli jednorocznej w 2023 r. obejmującej elementy budowlane narażone na szkodliwe działanie czynników atmosferycznych wydano zalecenia dotyczące następujących ustaleń:

- budynku wartowni – odnowienia elewacji⁴², stolarki okiennej piwnicy⁴³ oraz czyszczenia rynien⁴⁴,
- budynku głównego – odnowienia elewacji⁴⁵, wykwitów na schodach⁴⁶, czyszczenia rynien⁴⁷, cokołu budynku⁴⁸,
- budynku terapii – odnowienia powłoki komina⁴⁹.

(akta kontroli str.521-596)

2.4. W OZ KOZZD przeprowadzano przeglądy techniczne i konserwacje urządzeń przeciwpożarowych i gaśnic, zgodnie z § 3 ust. 2 i 3 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów⁵⁰. W okresie objętym kontrolą nie przeprowadzano wymaganego § 17 ust. 1 ww. rozporządzenia praktycznego sprawdzenia organizacji i warunków ewakuacji z obiektu, co zostało opisane w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.

(akta kontroli str.521-596, 1076-1088)

2.5. W okresie objętym kontrolą w KOOZD OZ w Czersku nie opracowano procedury postępowania w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowych lub zdarzeń nadzwyczajnych.

Dyrektor wyjaśniła, że KOZZD nie zawarł pisemnego porozumienia z Policją, PSP czy innymi służbami na wypadek konieczności ewakuacji pacjentów poza teren KOZZD OZ w Czersku czy też wystąpienia innych zagrożeń.

(akta kontroli str. 1032-1088)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Dla pracowników KOZZD OZ w Czersku nie sporządzano pisemnych zakresów czynności oraz pisemnych upoważnień dla osób zarządzających, jak i poszczególnych pracowników, co było niezgodne z wymogami standardów kontroli zarządczej, określonymi w załączniku do Komunikatu Nr 23 Ministra Finansów w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych⁵¹.

Dyrektor wyjaśniła, że dla pracowników KOZZD OZ w Czersku nie sporządzano pisemnych zakresów czynności oraz pisemnych upoważnień dla osób zarządzających i poszczególnych pracowników, ponieważ takie decyzje były podejmowane przez ówczesnego Dyrektora, który preferował wygodną dla niego elastyczność działania, co skutkowało ustnym przekazywaniem zakresu czynności,

⁴² Prace do wykonania po uregulowaniu dalszego użyczenia obiektu.

⁴³ Prace do wykonania po uregulowaniu dalszego użyczenia obiektu.

⁴⁴ Czyszczenie dwa razy do roku.

⁴⁵ Prace do wykonania po uregulowaniu dalszego użyczenia obiektu.

⁴⁶ Usuwanie na bieżąco, w przypadku dalszego użyczenia obiektu do wymiany okładzina schodów.

⁴⁷ Wprowadzono harmonogram czyszczenia dwa razy do roku.

⁴⁸ Prace do wykonania po uregulowaniu dalszego użyczenia obiektu.

⁴⁹ Naprawa w ramach reklamacji.

⁵⁰ Dz. U. z 2023 r. poz. 822.

⁵¹ Z dnia 16 grudnia 2009 r., Dz. Urz. MF Nr 15, poz. 84).

poleceń i upoważnień, zamiast tworzenia pisemnej formy. Aktualnie poczyniono przygotowania do sporządzenia pisemnych dokumentów określających zakresy zadań, uprawnień i odpowiedzialności dla wszystkich pracowników.

NIK wskazuje, że w celu poprawnej realizacji kontroli zarządczej Minister Finansów, na podstawie art. 69 ust. 3 ufp, określił ww. standardy, w których w punkcie II, A.3 przewidziano, że „Zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności jednostek, poszczególnych komórek organizacyjnych jednostki oraz zakres podległości pracowników powinien być określony w formie pisemnej w sposób przejrzysty i spójny. Aktualny zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności powinien być określony dla każdego pracownika”. Natomiast w punkcie C.10, dotyczącym dokumentowania systemu kontroli zarządczej wskazał, że „Procedury wewnętrzne, instrukcje, wytyczne, dokumenty określające zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników i inne dokumenty wewnętrzne stanowią dokumentację systemu kontroli zarządczej. Dokumentacja powinna być spójna i dostępna dla wszystkich osób, dla których jest niezbędna”.

(akta kontroli str.418, 1032-1088)

2. W trakcie oględzin przeprowadzonych w KOZZD OZ w Czersku w dniu 25.01.2024 r. stwierdzono m.in., że

- sale łóżkowe przeznaczone dla pacjentów wyposażone były w piętrowe łóżka metalowe, z zabezpieczeniem metalowym wygradzeniem wysokości ok. 0,5 m z obu krótszych boków łóżka, ustawione przy ścianach,

Powyższe w zakresie wyposażenia pomieszczeń, w których mogli przebywać pacjenci KOZZD OZ w Czersku, było niezgodne z § 3 ust. 6 pkt 1a rozporządzenia ws. KOZZD, określającym, że łóżka jest dostępne co najmniej z dwóch stron, jedną dłuższą i jedną krótszą;

Dyrektor wyjaśniła m.in., że w myśl § 3 ust. 6 pkt 1 lit. a sale łóżkowe przeznaczone dla osób umieszczonych są wyposażone w łóżka z dostępem co najmniej z dwóch stron, jednej dłuższej i jednej krótszej. Powyższe znajduje odzwierciedlenie w faktycznym umeblowaniu sal pacjentów KOZZD OZ w Czersku

Zdaniem NIK opisane powyżej piętrowe łóżka nie spełniają warunku określonego w § 3 ust. 6 pkt 1 lit. a. W ocenie NIK łóżko piętrowe z półmetrowymi barierkami, dostawione do ściany nie spełnia ww. warunku.

- na parapetach zewnętrznych sal pacjentów przechowywane były produkty spożywcze, w tym nabiał oraz produkty garmazeryjne co naruszało Wewnętrzny regulamin pobytu pacjenta w KOZZD w zakresie sposobu przechowywania przez pacjentów produktów spożywczych.

Jak wyjaśniła Dyrektor, pacjenci przebywający w KOZZD OZ w Czersku są na bieżąco informowani i proszeni o zachowanie należytego porządku w salach oraz stosowanie się do zapisów regulaminu, w tym o nieprzechowywanie żywności w miejscach do tego nieprzeznaczonych jak parapety zewnętrzne. Do przechowywania żywności pacjenci mają dedykowane temu lodówki, a do przechowywania innych rzeczy dostępny jest depozyt. Pomimo to pacjenci z racji swoich uwarunkowań wolą przechowywać różne rzeczy w salach mieszkalnych, a część tych zachowań ma charakter prowokacyjny. Wskazać należy, że w relacjach z pacjentami niezbędnym jest zachowanie stosownej równowagi między represyjnością, a uwzględnianiem ich szeroko pojętych praw i przesłanek terapeutycznych, niemniej Krajowy Ośrodek zobowiązuje się do zintensyfikowania działań personelu w zakresie wywierania

wpływu na zmianę nawyków i przyzwyczajeń wyniesionych przez pacjentów z zakładów karnych.

(akta kontroli str.494-496, 1032-1088)

3. W KOZZD OZ w Czersku, w okresie objętym kontrolą nie przeprowadzono praktycznego sprawdzenia organizacji oraz ewakuacji z całego obiektu, co było niezgodne z § 17 ust. 1 rozporządzenia w sprawie ochrony przeciwpożarowej, z którego wynika że właściciel lub zarządca obiektu przeznaczonego dla ponad 50 osób będących jego stałymi użytkownikami, niezakwalifikowanego do kategorii zagrożenia ludzi ZL IV, powinien co najmniej raz na 2 lata przeprowadzać praktyczne sprawdzenie organizacji oraz warunków ewakuacji z całego obiektu.

Dyrektor wyjaśniła, że praktyczne sprawdzenie ewakuacji odbyło się w dniu 27 lutego 2024 r. nie podając przyczyn jego nieprzeprowadzenia w okresie objętym kontrolą.

(akta kontroli str.635-645, 1032-1088)

4. Instrukcja bezpieczeństwa pożarowego KOZZD OZ w Czersku, znajdowała się w miejscach dostępnych dla ekip ratowniczych, ale przechowywana w metalowych nieprzeziernych skrzynkach zamkniętych na klucz, co było niezgodne z § 6 ust. 3 rozporządzenia w sprawie ochrony przeciwpożarowej.

Dyrektor wyjaśniła, że zgodnie z rozporządzeniem w sprawie ochrony przeciwpożarowej (§ 6 ust. 3) sposób przechowywania dokumentów, o których mowa w ust. 2, powinien zapewnić możliwość ich natychmiastowego wykorzystania na potrzeby prowadzenia działań ratowniczych. Ośrodek poprzez zatrudnienie w systemie całodobowym ochrony zapewnia osobiste przekazanie w/w instrukcji na potrzeby akcji ratowniczej służbom ratunkowym. Należy też zauważyć, że IBP budynków znajdują się w skrzynce koloru czerwonego oznakowanej napisem Instrukcja Bezpieczeństwa Pożarowego /ogólnie stosowanej w całej Polsce/ przy wejściu do budynku obok pomieszczenia wartowni, gdzie całodobowo dyżur pełni minimum dwóch pracowników ochrony, przeszkolonych z zakresu przepisów ppoż. oraz zaznajomionych z informacją, że powyższą instrukcję należy przekazać bezzwłocznie służbom ratowniczym.

W ocenie NIK wskazany powyżej sposób zapewnienia dostępności instrukcji bezpieczeństwa pożarowego nie spełnia wymogów wskazanej wyżej normy prawnej. Stosowane skrzynki, wskazywane przez Dyrektora w przytoczonych wyjaśnieniach, zaopatrzone były w miejsca na klucz umożliwiające natychmiastowy dostęp do jej zawartości, jednakże w KOZZD w Czersku skrzynki zostały takiego dostępu pozbawione przez nieumieszczanie w przeznaczonym do tego miejscu klucza. Zgodnie zaś z wyjaśnieniami udzielonymi przez Dyrektora w trakcie kontroli, w zakresie bezpieczeństwa pożarowego nie przypisano imiennie żadnych zadań pracownikom KOZZD. Zadania te omawiane były na szkoleniach, które pracownicy przechodzili podczas przyjęcia do pracy oraz jakie odbyły się w lutym 2024 r. przed praktycznym sprawdzeniem warunków ewakuacji.

(akta kontroli str. 494-496, 1076-1088)

5. W okresie objętym kontrolą⁵² w KOZZD OZ w Czersku Dyrektor nie zatwierdziła i nie wdrożyła zarządzeniem Dyrektora Instrukcji Bezpieczeństwa Pożarowego, co było niezgodne z § 6 ust.1 rozporządzenia w sprawie ochrony przeciwpożarowej.

Zgodnie z ww. przepisem właściciele, zarządcy lub użytkownicy obiektów bądź ich części stanowiących odrębne strefy pożarowe, przeznaczonych do wykonywania funkcji użyteczności publicznej, zamieszkania zbiorowego, produkcyjnych,

⁵² Do dnia 08 lutego 2024 r.

magazynowych oraz inwentarskich, zapewniają i wdrażają instrukcję bezpieczeństwa pożarowego.

W toku kontroli przedłożono niezatwierdzone przez Dyrektora Instrukcję Bezpieczeństwa Pożarowego dla Budynku głównego KOZZD OZ w Czersku sygnowaną datą styczeń 2022 r. oraz Instrukcję Bezpieczeństwa Pożarowego dla Budynku pomocniczego KOZZD OZ w Czersku sygnowaną datą wrzesień 2023 r.

Dyrektor wyjaśniła, że Instrukcja Bezpieczeństwa pożarowego dla OZ w Czersku była wdrożona, lecz niezatwierdzona w sposób pisemny przez Dyrektora.

Jednocześnie Dyrektor wyjaśniła, że w czasie kontroli nie przedłożono potwierdzonej za zgodność zatwierdzonej oraz wprowadzonej zarządzeniem Instrukcji Bezpieczeństwa Pożarowego, ponieważ powyższe zatwierdzenie i zarządzenie ukazały się w dniu 08 lutego 2024 r.

NIK wskazuje, że w trakcie kontroli tj. 8 lutego 2024 r. wydane zostały Zarządzenie wewnętrzne nr 8/2024 Dyrektora wprowadzające z dniem 08 lutego 2024 r. wprowadzające w Krajowym Ośrodku „Instrukcję Bezpieczeństwa Pożarowego dla budynku głównego OZ KOZZD” oraz Zarządzenie wewnętrzne nr 9/2024 Dyrektora wprowadzające w Krajowym Ośrodku „Instrukcję Bezpieczeństwa Pożarowego dla budynku pomocniczego OZ KOZZD”. W powyższych zarządzeniach w punkcie 2 Dyrektor zobowiązała Kierowników komórek organizacyjnych do zapoznania podległych im pracowników z załączoną instrukcją.

(akta kontroli str.597-634, 1032-1088)

OCENA CZĄSTKOWA

W Ośrodku zatrudniano personel umożliwiający prowadzenie diagnostyki i terapii w tym psychiatrów, psychologów, pielęgniarki i terapeutów zajęciowych, a ponadto sanitariuszy, pracowników socjalnych i pracowników służby ochrony. W Oddziale znajdowały się wszystkie pomieszczenia wymagane wg § 3 ust. 6 rozporządzenia ws. KOZZD. W KOZZD OZ w Czersku zapewniono oznakowanie dróg ewakuacji oraz wyznaczono miejsce zbiórki na terenie wewnętrznym OZ KOZZD w przypadku konieczności ewakuacji pacjentów na zewnątrz budynku, w szczególności: należyście oznaczono drogi ewakuacyjne, w pomieszczeniach nie stwierdzono przedmiotów utrudniających bądź uniemożliwiających ewakuację. Dla pracowników KOZZD OZ w Czersku nie sporządzano pisemnych zakresów czynności oraz pisemnych upoważnień dla osób zarządzających jak i poszczególnych pracowników.

Ponadto stwierdzono nieprawidłowości w zakresie realizacji obowiązków dotyczących bezpieczeństwa pożarowego polegające na nieprzeprowadzeniu praktycznego sprawdzenia organizacji oraz ewakuacji z całego obiektu oraz niezatwierdzenia i niewdrożenia przez Dyrektora, w okresie objętym kontrolą, instrukcji bezpieczeństwa pożarowego dla budynków KOZZD OZ w Czersku.

3. Przestrzeganie praw osób umieszczonych w Oddziale zamiejscowym KOZZD.

Opis stanu faktycznego

3.1. W okresie objętym kontrolą w KOZZD OZ w Czersku odnotowano 192 przypadki zastosowania wobec osób umieszczonych w OZ KOZZD środków przymusu bezpośredniego (dalej: „ŚPB”), o których mowa w art. 36 ustawy o KOZZD. W 2022 r. ŚPB użyto 77 razy, a w 2023 r. 115 razy, przy czym w części przypadków w ramach jednej interwencji zastosowano więcej niż jeden ŚPB.

Najczęściej stosowanym ŚPB było użycie kajdanek, co miało miejsce w 2022 r. 58 razy i w 2023 r. 99 razy. Z pozostałych, dopuszczalnych na mocy ww. przepisu ŚPB,

stosowano: izolację – odpowiednio osiem i cztery razy; przytrzymanie siedem i dziewięć razy; pasy obezwładniające dwa i trzy razy oraz dwukrotnie w 2022 r. podanie produktów leczniczych⁵³.

W kontrolowanym okresie w OZ KOZZD nie stosowano ŚPB polegających na użyciu pałki służbowej lub ręcznego miotacza substancji obezwładniających.

W toku kontroli badaniem objęto 17 przypadków zastosowania ŚPB wobec pacjentów KOZZD OZ w Czersku. W ramach ww. interwencji personelu OZ KOZZD sześciokrotnie zastosowano izolację, pięciokrotnie unieruchomienie z zastosowaniem pasów obezwładniających, ośmiokrotnie przytrzymanie, czterokrotnie kajdanki i dwukrotnie przymusowo podano pacjentowi leki. W siedmiu przypadkach w trakcie interwencji stosowano więcej niż jeden rodzaj ŚPB. W badanych sprawach ŚPB zastosowane były w wyniku reakcji na zachowania pacjentów określone w art. 35 ust. 1 pkt 1, pkt 3, pkt 4 ustawy o KOZZD lub w przypadku użycia kajdanek prewencyjnie. Jak wynika z przedłożonej dokumentacji, pacjenci każdorazowo uprzedzani byli o możliwości zastosowania wobec nich ŚPB. Nie stwierdzono naruszenia zasady kolejności stosowania ŚPB określonej w art. 38 ust. 1 ustawy o KOZZD. W badanych sprawach, w wyniku stosowania ŚPB nie dochodziło do przypadków konieczności udzielenia niezwłocznie pierwszej pomocy. Z zachowaniem terminu trzech dni, od dnia zastosowania przymusu bezpośredniego, Dyrektor ocenił jego zasadność i odnotował tę ocenę w dokumentacji medycznej

Stwierdzono siedem przypadków stosowania ŚPB niezgodnie z wymogami ustawy o KOZZD, które dotyczyły kompetencji osób decydujących o zastosowaniu ŚPB oraz realizacji nadzoru nad przebiegiem trwania ŚPB, a także 12 przypadków nierzetelnego dokumentowania przebiegu stosowania ŚPB – szczegółowy opis zamieszczono w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str.696-857, 1117-1155)

3.2. Pomieszczenia, w których mogli przebywać pacjenci KOZZD OZ w Czersku oraz teren OZ KOZZD objęte były monitoringiem wizyjnym składającym się z zabezpieczonych przed uszkodzeniem kamer, połączonych z urządzeniami do rejestracji obrazu.

Podgląd obrazu z kamer możliwy był m.in. w pomieszczeniu dozoru wizyjnego oraz pokoju pielęgniarek. W obrazie przesyłanym z kamer zainstalowanych w toaletach oraz pod prysznicami zastosowano przysłony w celu uniemożliwienia ukazywania intymnych części ciała ludzkiego oraz intymnych czynności fizjologicznych, jednakże nie we wszystkich przypadkach było to zaimplementowane w pełni skutecznie.

Każdy z rejestratorów służących m.in. do zapisu obrazu z kamer posiadał szesnaście dysków twardych połączonych w dwie macierze oparte o RAID 5. Z zapisów na dyskach rejestratorów nie tworzą kopii zewnętrznych, za wyjątkiem sytuacji zastosowania ŚPB w postaci izolacji.

Zapis monitoringu przechowywany był przez okres sześciu miesięcy na macierzy dyskowej w urządzeniu monitorującym i usuwany był poprzez jego automatyczne nadpisanie po upływie tego terminu. Pracownicy KOZZD OZ w Czersku posiadali upoważnienia, o których mowa w art. 7 ust. 4 ustawy o KOZZD.

System składał się z części instalacji udostępnionej razem z budynkami przez Służbę Więzienną oraz części, która została zainstalowana przez KOZZD. Nie stworzono

⁵³ W 2023 r. nie odnotowano przypadków podania produktów leczniczych.

ujednoliconej dokumentacji technicznej systemu monitoringu działającego w Oddziale KOZZD w Czersku. System podłączono do urządzeń podtrzymania napięcia i instalacji zasilania awaryjnego.

System dozoru wizyjnego, pomimo takiej możliwości technicznej nie rejestrował dźwięku. Dyrektor wyjaśniła, że zgodnie z art. 7 ust 2 ustawy o KOZZD, monitorowany obraz lub dźwięk jest utrwalany. W związku z tym podtrzymała wcześniejsze stanowisko dotyczące tego, że KOZZD ma możliwość wyboru rejestrowania jednej z w/w form.

Zdaniem NIK brak utrwalenia dźwięku utrudnia realizację celu prowadzenia monitoringu w OZ KOZZD, jakim jest m.in. kontrola stosowania ŚPB.

Na ten problem uwagę zwracali także przedstawiciele Rzecznika Praw Obywatelskich (podczas wizytacji w KOZZD, Gostynin w 2019 r. oraz w uwagach do projektu nowelizacji ustawy o KOZZD), wskazując, że „Pełen zapis w postaci obrazu i dźwięku jest szczególnie ważny w momencie rejestrowania przypadków użycia przymusu bezpośredniego i pojawienia się zarzutów niewłaściwego postępowania personelu stosującego przymus, albowiem umożliwia poprawną ocenę praworządności zastosowania przymusu bezpośredniego. Sama wizja nie oddaje całości sytuacji dla organu kontrolującego.”

W wyniku oględzin systemu monitoringu wizyjnego oraz wybranych nagrań stwierdzono nieprawidłowości w zakresie czasu przechowywania nagrań oraz realizacji obowiązku utrwalania monitorowanego obrazu, co zostało opisane w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.

(akta kontroli str.660-676, 1156-1158)

3.3. Zarządzeniem⁵⁴ Dyrektora KOZZD wprowadzono Wewnętrzny regulamin pobytu pacjenta w KOZZD OZ w Czersku, w którym określono m.in.:

- prawa pacjentów,
- obowiązki pacjentów,
- przedmioty, które mogą być w posiadaniu pacjentów,
- zasady posiadania przez pacjentów sprzętu elektronicznego,
- przechowywanie i dostęp do artykułów spożywczych będących własnością pacjenta,
- korzystanie z telefonu ogólnodostępnego,
- zasady odwiedzin,
- udostępnianie dokumentacji.

W ramach zarządzenia określono wzór oświadczenia pacjenta o zapoznaniu z Wewnętrznym regulaminem pobytu pacjenta w KOZZD OZ w Czersku.

Ponadto w KOZZD obowiązywało porozumienie zawarte w dniu 29 czerwca 2020 r. pomiędzy KOZZD a reprezentacją pacjentów.

W ramach porozumienia określono zasady dotyczące m.in:

- laptopów, smartfonów i dostępu do sieci internetowej,
- cenzury prasy,
- palenia wyrobów tytoniowych,
- swobodnego poruszania się po obiekcie wyłącznie na terenach zielonych,
- dostępności sygnału radiowego i telewizyjnego,
- posiadania prywatnych odbiorników telewizyjnych,
- odwiedzin bez udziału pracownika ochrony,
- spotkań z kierownikiem Ośrodka.

⁵⁴ Zarządzenie Dyrektora KOZZD z dnia 21 stycznia 2022 r. w sprawie ustalenia Wewnętrznego regulaminu pobytu pacjenta w KOZZD OZ.

3.4. W okresie objętym kontrolą w KOZZD OZ w Czersku zarejestrowano 169 pism do Dyrektora KOZZD, w tym 91 w 2022 r. i 78 w 2023 r., zawierających wnioski, prośby, skargi i oświadczenia pacjentów. W rejestrze nie odnotowano skarg kierowanych przez podmioty zewnętrzne. W KOZZD OZ w Czersku nie określono zasad rozpatrywania skarg.

Do analizy sposobu rozpatrywania skarg przez Dyrektora wybrano losowo 35 pism kierowanych przez pacjentów, które dotyczyły m.in. przeniesień pomiędzy oddziałami KOZZD, skarg na pracowników KOZZD OZ w Czersku, zgody na zakup lub posiadanie rzeczy, sporządzenia kserokopii dokumentacji, wniosku o zmianę terapeutę.

W wyniku analizy 35 z ww. spraw stwierdzono m.in., że:

- w czterech przypadkach udzielono zgody na wniosek pacjenta⁵⁵;
- w kolejnych czterech sprawach wnioski⁵⁶ rozpatrzono pozytywnie, tj. zgodnie z wnioskiem pacjenta;
- w 10 przypadkach wydano odpowiedź odmowną⁵⁷.
- trzykrotnie – w przypadku skarg tego samego pacjenta – udzielono odpowiedzi, że opisane sytuacje nie miały miejsca,
- w jednym przypadku pacjentowi nie udzielono odpowiedzi na pismo dotyczące wydania dokumentacji dotyczącej pacjenta. W dokumentacji sprawy znajdowała się nieopatrzona datą ani podpisem adnotacja o rezygnacji pacjenta z wniosku.
- jednym przypadku⁵⁸ oświadczenie pacjenta pozostawiono bez odpowiedzi.

(akta kontroli str.889-1000, 1032-1088)

W latach 2022 - 2023 w Oddziale Zamiejscowym w Czersku KOZZD zostało wydanych 7 zarządzeń dotyczących ograniczenia prawa do kontaktu, w tym jedno dotyczące zakazu odwiedzin oraz sześć w sprawie odebrania możliwości kontaktu za pośrednictwem telefonu komórkowego lub telefonu i Internetu.

Zarządzenie wobec pacjenta dotyczące zakazu odwiedzin było spowodowane próbą przemycenia przez niego alkoholu na teren placówki oraz wysokiego prawdopodobieństwo ponawiania przez pacjenta tego typu działań. Jedno zarządzenie dotyczące odebrania możliwości kontaktu za pośrednictwem prywatnego telefonu komórkowego wynikało ze złamania przez pacjenta zasad obowiązujących w KOZZD poprzez udostępnienie innemu pacjentowi swojego telefonu. Cztery zarządzenia dotyczące odebrania możliwości kontaktu za pośrednictwem telefonu komórkowego i Internetu, wydano z uwagi na fakt, iż zachodziło uzasadnione podejrzenie nawiązywania przez pacjenta kontaktów o charakterze erotycznym z osobami małoletnimi lub uzyskania przez pacjenta dostępu do treści pornograficznych z udziałem małoletnich. Kolejne zarządzenie dotyczące odebrania możliwości kontaktu za pośrednictwem telefonu komórkowego i Internetu wobec pacjenta wydano z uwagi na podejrzenia kierowania przez pacjenta za pośrednictwem komunikatora Messenger gróźb karalnych wobec małoletniej.

Jak wyjaśniła Dyrektor we wszystkich wskazanych wyżej przypadkach pacjenci mieli możliwość korzystania z telefonu stacjonarnego znajdującego się w oddziale.

⁵⁵ Wnioski dotyczyły wydania zgody na posiadanie drukarki, młynka elektrycznego, smartfonu, zakupu okularów na koszt pacjenta z zapewnieniem transportu do zakładu optycznego.

⁵⁶ Wniosek o sporządzenie dokumentacji, wydania na salę młynka elektrycznego, posiadanie tv 12", wyjaśnienie zasad obowiązujących w KOZZD.

⁵⁷ Zakup gilotyny, zmiana terapeutę, zmianę sali, przeniesienia do KOZZD, zwrotu przedmiotów z depozytu, wydania leków uspakajających, zgody na telefon komórkowy, zakupu leku na chrapanie.

⁵⁸ Oświadczenie pacjenta o tym, że nie chce opatrunków zalecanych przez lekarza.

W odniesieniu do wskazanych wyżej zarządzeń żaden z pacjentów nie wniósł zażalenia do Sądu Okręgowego w Płocku, w związku z czym nie były one przedmiotem rozpoznania przez wskazany Sąd.

(akta kontroli str.1114-1155)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W 17 przypadkach zastosowania środków przymusu bezpośredniego w stosunku do pacjentów KOZZD OZ w Czersku stwierdzono nieprawidłowości:

- siedmiokrotnie decyzję o zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego w postaci izolacji lub przymusowego podania leków została podjęta przez pielęgniara lub pielęgniarkę, co było niezgodne z art. 39 ust. 2 i 4 ustawy o KOZZD;
- w jednym przypadku stosowania ŚPB przez czas dłuższy niż 4 godziny brak dokumentacji potwierdzającej podjęcie przez lekarza decyzji o przedłużeniu ponad cztery godziny stosowania środka przymusu bezpośredniego, co było niezgodne z art. 41 ust. 2 ustawy o KOZZD;
- ośmiokrotnie w dokumentacji nie zamieszczono serii i numeru dokumentu tożsamości lub numeru PESEL pacjenta oraz celu zastosowania przymusu bezpośredniego, co było niezgodne z art. 44 ust. 2 pkt 3 lit. b i pkt 4 ustawy o KOZZD;
- pięciokrotnie w przedłożonej do kontroli dokumentacji nie zamieszczono daty urodzenia osoby w stosunku do której stosowano ŚPB, co było niezgodne z art. 44 ust. 2 pkt 3 lit. a ustawy o KOZZD;
- siedmiokrotnie w księdze raportów pielęgniarских nie odnotowano łącznie imion i nazwisk osób wykonujących przymus bezpośredni, co było niezgodne z §2 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2014 r. w sprawie sposobu dokumentowania przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego⁵⁹,
- w jednym⁶⁰ z badanych przypadków nie sporządzono dla zastosowania ŚPB indywidualnej dokumentacji medycznej (o nazwie Karty zastosowania ŚPB) co było to niezgodne z § 2 ust. 1 ww.
- w 10 przypadkach stwierdzono niezgodności pomiędzy Kartą Zastosowania Przymusu Bezpośredniego a Raportem z Przebiegu Dyżuru m.in. w zakresie odnotowania danych osób uczestniczących w stosowaniu ŚPB, czasu stosowania ŚPB, osób decydujących o zastosowaniu ŚPB, co świadczy o nierzetelnym sporządzeniu ww. dokumentacji.
- w wyniku porównania przedłożonej do kontroli dokumentacji oraz zapisu monitoringu stosowania ŚPB⁶¹ stwierdzono rozbieżność pomiędzy Kartą Zastosowania Przymusu Bezpośredniego a Raportem z Przebiegu Dyżuru. W raporcie podano godziny stosowania ŚPB 19:00 - 23:00 w Karcie 19:00 - 23:06. Osoby wymienione w raporcie pielęgniarским, uczestniczące w odprowadzeniu do izolátky, nie zostały wykazane w Karcie zastosowania przymusu bezpośredniego, co świadczy o nierzetelnym sporządzeniu ww. dokumentacji.

⁵⁹ Dz.U. z 2014 r. poz. 87.

⁶⁰ Pacjent 5/18 zastosowane ŚPB w dniu 15 września 2022 r.

⁶¹ Pacjent 13/18 zastosowane ŚPB w dniu 26 października 2023 r.

W zakresie nieprawidłowości przy stosowaniu środków przymusu bezpośredniego Dyrektor wyjaśniła, że powyższa sytuacja spowodowana jest co do zasady przez niedobór kadrowy lekarzy wykonujących swoje zadania w Oddziale Zamiejscowym w Czersku. Należy bowiem wyraźnie zaznaczyć, że przepisy ustawy o KOZZD wyraźnie wskazują, iż to lekarz podejmuje decyzję o zastosowaniu określonych w ustawie środków przymusu bezpośredniego. Zgodnie z art. 39 ust. 1 - 2 ww. ustawy o KOZZD o zastosowaniu przymusu bezpośredniego określonego w art. 36 ust. 1 pkt 1 decyduje lekarz albo pracownik służby ochrony; w przypadku różnicy zdań rozstrzyga decyzja lekarza, zaś o zastosowaniu przymusu bezpośredniego określonego w art. 36 ust. 1 pkt 2-4 decyduje lekarz. Konsekwencją powyższych przepisów zarówno w aspekcie literalnym, jak i celowościowym jest, aby to lekarz sprawował nadzór nad stosowanymi środkami przymusu bezpośredniego oraz, aby zapewnił stałą i co warte podkreślenia bezpośrednią opiekę lekarską nad pacjentami, wobec których dany środek przymusu został zastosowany. Tym samym brak możliwości zapewnienia w Oddziale Zamiejscowym w Czersku stałej 24h opieki lekarskiej jest głównym powodem zauważonych nieprawidłowości. Ten brak nie jest zaś wynikiem niewłaściwego działania KOZZD, który usilnie poszukuje lekarzy na to stanowisko, a jedynie obiektywny brak na rynku lekarzy powoduje, iż KOZZD pomimo proponowania atrakcyjnego wynagrodzenia nie jest w stanie nawiązać współpracy z lekarzami na odpowiednim (czasowym 24h na dobę) poziomie.

Jak wyjaśniła Dyrektor, KOZZD pragnie poinformować, iż wszelkie wytyczne NIK, raporty dotyczące wskazywanych nieprawidłowości będzie starał się konwalidować na przyszłość. Istnieje ku temu obiektywna podstawa, jaką jest nawiązanie umowy z kolejnym lekarzem dla Oddziału Zamiejscowego w Czersku, który podjął wykonywanie czynności w dniu 5 kwietnia 2024r. KOZZD zarządził również ponowne przeszkolenie pracowników, w tym lekarzy z zasad stosowania środków przymusu bezpośredniego, aby do opisywanych sytuacji nie dochodziło.

(akta kontroli str. 700-857, 1032-1088)

2. W trakcie oględzin pomieszczeń KOZZD OZ w Czersku, w tym pomieszczenia nadzoru wizyjnego przeprowadzonych 25.01.2024 r. oraz systemu monitoringu KOZZD OZ w Czersku przeprowadzonych 20.02.2024 r. stwierdzono, że;

- w obrazie z kamer zainstalowanych na suficie pomieszczeń z prysznicami zastosowano przysłony obrazu, które w praktyce obejmują prawie całe pomieszczenie uniemożliwiając jego dozór wizyjny;

- w obrazie kamer zainstalowanych w toaletach zastosowano przysłony niezapewniający pełnej intymności pacjentów.

Powyższe było niezgodne z art. 7 ust. 1 i 3 ustawy o KOZZD.

Dyrektor wyjaśniła, że kamery zastosowane w pomieszczeniach sanitarno-higienicznych wyposażone są w funkcje maskowania stref prywatności zgodnie z art. 7 ust. 1 i 3 ustawy o KOZZD. Podczas montażu tych urządzeń i w trakcie ich uruchamiania ustanowiono strefy o wielkości uważanej za prawidłową. Sama ustawa jednak nie określa wielkości tej strefy i jest to element oceny, ponieważ zawsze może dojść do sytuacji, w której pacjent bez bielizny opuści maskowaną strefę bez względu na jej wielkość, natomiast jej nadmierne zwiększenie powoduje, tak jak zauważył kontrolujący, brak możliwości jego dozoru. Dotychczasowe kontrole nie stwierdziły nieprawidłowości w ustawieniu oraz rozmiarze maskowania stref prywatności. Jednocześnie poinformowała, iż została wykonana korekta maskowania sfer prywatności.

(akta kontroli str.660-671, 1032-1088)

3. W OZ KOZZD nie zapewniono prawidłowego utrwalania monitorowanego obrazu lub dźwięku, co było niezgodne z wymogiem określonym w art. 7 ust. 2 ustawy o KOZZD. W trakcie przeprowadzonych w dniu 8 marca 2024 r. oględzin zapisów utrwalonego obrazu z pomieszczenia izolatki (pom. nr 218), dokumentującego zastosowanie w dniu 12 marca 2023 r. ŚPB w postaci izolacji, ustalono, że nagranie kończy się przed zakończeniem stosowania ŚPB. Według zapisu z kamery monitoringu izolację rozpoczęto o godz. 18:28.⁶² Na zakończonym nagraniu (ostatnia klatka) pacjent w dalszym ciągu przebywa w izolatce. W karcie zastosowania przymusu bezpośredniego odnotowano zakończenie izolacji o 21:30., a nagranie kończy się o 21:21.

Powyższe było niezgodne z art. 7 ust. 2 i 5 ustawy o KOZZD oraz § 8 rozporządzenia ws. KOZZD

Dyrektor wyjaśniła, że do sytuacji braku ciągłości nagrania z dnia 12.03.2023r. doszło w wyniku losowego uszkodzenia dwóch dysków macierzy dyskowej, na której znajdowało się powyższe nagranie. Na potwierdzenie tej usterki przedstawione zostały odpowiednie notatki służbowe pracownika KOZZD oraz gwaranta. Niestety wykorzystana opcja konfiguracji jest wrażliwa na wystąpienie tego typu uszkodzenia, które zdarza się marginalnie. Należy podkreślić, iż macierz oparta na konfiguracji RAID 5 jest jednym z najczęściej używanych systemów ze względu na swoją wydajność oraz stopień bezpieczeństwa. Te dwa kryteria zadecydowały o wyborze tej opcji jako podstawę dla utworzenia archiwum nagrań.

Zdaniem NIK powyższe wskazuje, że przyjęte w KOZZD zasady tworzenia kopii zapasowych nagrań systemu monitoringu nie wypełniają wymogów określonych w § 8 rozporządzenia ws. KOZZD oraz art. 7 ust. 2 i 5 ustawy o KOZZD. W ocenie NIK nietworzenie zewnętrznych kopii zapasowych, nagrań z kamer monitoringu zapisanych w wewnętrznych macierzach dyskowych wideorejestratorów było przyczyną opisanej powyżej nieprawidłowości polegającej na utracie danych, powstałej w wyniku awarii macierzy dyskowej w jednym z wideorejestratorów.

(akta kontroli str.660-676, 1032-1088)

4. W OZ KOZZD nie podjęto rzetelnych działań w celu pozytywnego rozpatrzenia wniosków dwóch pacjentów w sprawie zmiany terapeuty.

W wyniku analizy skarg i wniosków kierowanych do dyrektora KOZZD w okresie objętym kontrolą, stwierdzono m.in., że:

- w dniu 22 listopada 2023 r. pacjent 06_17 wnioskował o zmianę terapeuty wskazując na brak zaufania w wyniku wcześniejszych doświadczeń z terapeutą z okresu pobytu w zakładzie karnym, oświadczając o braku zaufania do wskazanego terapeuty,
- w dniu 01 grudnia 2023 r. pacjent 06_19 wnioskował o zmianę terapeuty wskazując na brak zaufania w wyniku wcześniejszych doświadczeń z terapeutą z okresu pobytu w zakładzie karnym, oświadczając o braku zaufania do wskazanego terapeuty.

W obu przypadkach Dyrektor nie przychyliła się do wniosków pacjentów, a udzielając odpowiedzi wskazała m.in., że wspomniany terapeuta posiada stosowne wykształcenie i predyspozycje do prowadzenia terapii, czego oceny dokonuje Dyrektor.

⁶² W karcie zastosowania przymusu bezpośredniego odnotowano rozpoczęcie izolacji o 18:28

Dyrektor wyjaśniła, że uzasadnienie odmowy zmiany terapeuty, zostało zawarte w odpowiedziach udzielonych pacjentom pismami z dnia 12 grudnia 2023 r. Wskazany przez pacjentów pracownik jest jedynym psychologiem - seksuologiem zatrudnionym w Oddziale Zamiejscowym w Czersku, co skutkuje brakiem możliwości zmiany terapeuty. Wyjaśniła ponadto, że zostanie ogłoszony nabór na stanowisko psychologa – seksuologa, tak aby w KOZZD OZ w Czersku, w zatrudnieniu było dwóch takich specjalistów.

Zgodnie z art. 4 ust 3 ustawy o KOZZD zadaniem Ośrodka jest prowadzenie postępowania terapeutycznego wobec osób stwarzających zagrożenie umieszczonych w Ośrodku.

Zdaniem NIK w powyższych przypadkach odmowa zmiany terapeuty, skutkowałą brakiem możliwości realizacji procesu terapeutycznego, co miało swoje odzwierciedlenie w absencjach pacjentów na zajęciach i uniemożliwiało realizację głównego zadania ośrodka, wskazanego w art. 4 ust 3 ww. ustawy. Niestworzenie pacjentom możliwości udziału w procesie terapeutycznym, które mogło być zrealizowane poprzez przeniesienie pacjentów do KOZZD w Gostyninie (w toku kontroli nie przedłożono dokumentów świadczących o próbie podejmowania takich działań), w ocenie NIK było działaniem nierzetelnym.

(akta kontroli str.889-1000, 1032-1039)

OCENA CZĄSTKOWA

W badanych przypadkach ŚPB zastosowane były w wyniku reakcji na zachowania pacjentów lub prewencyjnie w przypadku użycia kajdanek. Nieprawidłowości w zakresie stosowania ŚPB dotyczyły kompetencji osób decydujących o zastosowaniu ŚPB, sposobie dokumentowania przebiegu stosowania, realizacji nadzoru nad przebiegiem trwania ŚPB. Zgodnie z obowiązującymi przepisami pomieszczenia, w których mogli przebywać pacjenci, objęte były monitoringiem wizyjnym. W łazienkach i toaletach zastosowano przysłony w obrazie w celu zapewnienia podopiecznym Ośrodka intymności. Nieprawidłowości w zakresie funkcjonowania systemu monitoringu dotyczyły m.in. utrwalania monitorowanego obrazu lub dźwięku. skutkiem czego była utrata zapisów. Badane skargi i wnioski kierowane do Dyrektora przez pacjentów w miarę możliwości OZ KOZZD były rozpatrywane zgodnie z wolą pacjenta. Nieprawidłowość w zakresie ich rozpatrywania dotyczyła odmowy zmiany terapeuty na wniosek dwóch pacjentów, co w ocenie NIK skutkowało przerwaniem procesu terapeutycznego.

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące wnioski:

Wnioski

1. Zapewnienie sporządzania IPT wymaganych ustawą o KOZZD oraz rzetelnego nadzoru nad dokumentacją sporządzaną w OZ KOZZD w tym zakresie.
2. Sporządzanie dla pracowników KOZZD OZ w Czersku zakresów czynności zgodnie z wymogami standardów kontroli zarządczej, określonymi w załączniku do Komunikatu Nr 23 Ministra Finansów w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych.
3. Zapewnienie wyposażenia sal pacjentów w łóżka spełniające wymagania określone w § 3 ust. 6 pkt 1 lit. a rozporządzenia ws. KOZZD.

4. Zapewnienie dostępności instrukcji bezpieczeństwa pożarowego KOZZD OZ w Czersku dla ekip ratowniczych w sposób zgodny z § 6 ust. 3 rozporządzenia w sprawie ochrony przeciwpożarowej.
5. Zapewnienie stosowania ŚPB zgodnie z wymogami ustawy o KOZZD oraz rzetelnego dokumentowania przypadków zastosowania ŚPB wobec pacjentów KOZZD OZ w Czersku.
6. Zapewnienie utrwalania monitorowanego obrazu lub dźwięku w sposób zgodny z art. 7 ustawy o KOZZD.
7. Podejmowanie rzetelnych działań na rzecz zapewnienia realizacji procesu terapeutycznego w przypadkach uzasadnionej odmowy współpracy z terapeutą przez pacjenta.

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 do dyrektora Delegatury NIK w Gdańsku. 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.

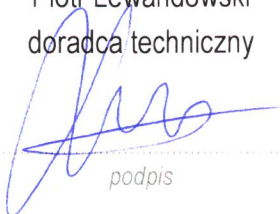
Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

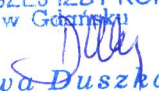
W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Gdańsk, 30 sierpnia 2024 r.

Kontroler
Piotr Lewandowski
doradca techniczny


podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Gdańsku
Dyrektor

p.o. WICEDYREKTOR DELEGATURY
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
w Gdańsku

Ewa Dusza
podpis

2 cp.

