



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA.410.014.02.2019

Pani Beata Musialik
Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego
im. dr Emila Cyrana w Lublińcu
ul. Grunwaldzka 48,
42-700 Lubliniec

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/19/059 Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży.

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr Emila Cyrana w Lublińcu ¹ , ul. Grunwaldzka 48, 42-700 Lubliniec
Kierownik jednostki kontrolowanej	W okresie objętym kontrolą od 1 sierpnia 2008 r. do 19 marca 2018 r., stanowisko dyrektora Szpitala zajmował Henryk Kromolowski, a w okresie od 20 marca 2018 r. obowiązki dyrektora pełniła Małgorzata Witkowska.
Zakres przedmiotowy kontroli	Organizacja systemu diagnozowania i leczenia zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży
Okres objęty kontrolą	Lata 2017 – 2019 (I półrocze) z uwzględnieniem okresów wcześniejszych, jeżeli zdarzenia, które wówczas miały miejsce, wpływały na kontrolowany okres.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontroler	Anna Hulboj, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/121/2019 z dnia 10 maja 2019 r.

(akta kontroli str. 1)

¹ Zwany dalej „Szpitalem”.

² Dz. U. z 2017 r. poz. 524 ze zm., dalej: ustawa o NIK

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W ocenie NIK, organizacja systemu diagnozowania i leczenia pacjentów małoletnich w Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci i Młodzieży była - z wyjątkiem nieprawidłowości opisanych niżej - zgodna z obowiązującymi wymogami. W Szpitalu prowadzono listy oczekujących na udzielenie świadczenia, a przekazywane miesięcznie dane do NFZ⁴ o liczbie oczekujących były zgodne ze stanem faktycznym. Dzięki zwiększeniu liczby łóżek w Oddziale Psychiatrycznym Dzieci i Młodzieży⁵ w wyniku udostępnienia dodatkowych pomieszczeń, w 2019 r. – przeciwnie niż w latach poprzednich - żaden małoletni pacjent nie był hospitalizowany na oddziale psychiatrycznym dla dorosłych. Czas oczekiwania na przyjęcie na Oddział PDM wynosił od 79 dni (na koniec II kwartału w 2017 r.) do 27 dni (na koniec IV kwartału 2017 r.); a na koniec I kwartału 2019 r., średni czas oczekiwania na przejęcie na Oddział PDM wyniósł 42 dni. Oczekującymi na przyjęcie byli wyłącznie pacjenci w stanie określanym jako stabilny.

Osoby małoletnie przyjmowano do Szpitala za zgodą opiekuna prawnego, a przyjęcia w trybie nagłym, które następowały bez zgody opiekuna, były zgłaszane do sądu.

Małoletnim pacjentom zapewniono wymagane warunki bytowe, a świadczeń medycznych udzielał personel posiadający wymagane kwalifikacje. Zatrudnienie personelu medycznego i pielęgniarskiego na Oddziale PDM spełniało wymogi określone w obowiązujących przepisach i odpowiadało postanowieniom umowy zawartej z NFZ.

W Szpitalu zapewniono pacjentom dostęp do Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Przypadki stosowania przymusu bezpośredniego w postaci pasów magnetycznych były rzetelnie odnotowywane w dokumentacji medycznej pacjenta. Indywidualną dokumentację medyczną w Oddziale PDM prowadzono zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁶.

Na Oddziale PDM świadczone były psychiatryczne usługi zdrowotne małoletnim pacjentom ponad limit określony w umowach z NFZ, jednakże w latach 2017-2018, w wyniku zawartych uгод, Szpital uzyskał finansowanie wszystkich wykonanych świadczeń w kwotach odpowiednio: 1 929,5 tys. zł i 2 228,7 tys. zł. W I kw. 2019 r. Szpital zrealizował świadczenia na kwotę 844,0 tys. zł, tj. 299,3 tys. zł ponad limit wynikający z umowy z NFZ.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły niesporządzania indywidualnych planów rehabilitacji dla pacjentów leczonych w Oddziale PDM, co naruszało § 5 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych⁷, a także niekonsultowania części odmów przyjęcia dziecka z Kierownikiem Oddziału, na który dziecko miałoby trafić, co było niezgodne z postanowieniami § 13 ust. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁸.

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

⁴ Narodowy Fundusz Zdrowia – Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach

⁵ Zwany dalej „Oddziałem PDM”.

⁶ Dz. U. z 2015 r. poz. 2069, dalej: „rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej”.

⁷ Dz. U. z 2014 r. poz. 522, dalej: „rozporządzenie w sprawie zajęć rehabilitacyjnych”.

⁸ Dz. U. poz. 1400 ze zm., zwany dalej „rozporządzeniem w sprawie udzielania świadczeń”.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego kontrolowanej działalności

OBSZAR

Organizacja systemu diagnozowania i leczenia zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży

Opis stanu faktycznego

1. Regulamin Organizacyjny Szpitala⁹, zgodnie z art. 23. ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁰, ustalił Dyrektor Szpitala, zarządzeniem wewnętrznym nr 36/2015 z 16 października 2015 r. W Regulaminie określono strukturę organizacyjną Szpitala; organizację i zadania jednostek i komórek organizacyjnych.

Organizacja szpitala była zgodna ze Statutem Szpitala¹¹, wystąpiła natomiast niezgodność z Regulaminem Organizacyjnym, ponieważ z 13 oddziałów tam wymienionych, dwa Oddziały Psychiatryczne Ogólne, tj. 06 z Pododdziałem Leczenia Zaburzeń Schizofrenicznych (60 łóżek) i 07 z Pododdziałem Detoksykacyjnym (64 łóżka), funkcjonowały w ograniczonym zakresie, a ujęte w Regulaminie: Zakład Opiekuńczo - Leczniczy Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży, Poradnia Zdrowia Psychicznego oraz Pracownia Wstrząsów Elektrycznych nie były prowadzone.

Zastępca Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że ww. oddziały funkcjonują przy mniejszej liczbie łóżek ze względu na brak kadry lekarskiej. Również z powodu odejścia kadry lekarskiej do innych podmiotów leczniczych, nie został utworzony Zakład Opiekuńczo - Leczniczy Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży. Ponadto Szpital uzyskał informację¹², że NFZ nie posiada w planie finansowym środków na realizację świadczeń w ww. zakresie, ponieważ nie był on dotychczas kontraktowany w NFZ. Natomiast Poradnia Zdrowia Psychicznego nie funkcjonuje, ponieważ w wyniku konkursu ofert przeprowadzonego przez NFZ, oferta Szpitala nie została wybrana. Badania w Pracowni Wstrząsów Elektrycznych nie były wykonywane z powodu braku lekarza specjalisty anestezjologa.

(akta kontroli str. 9 – 18 i 26 - 28)

2. W Szpitalu w 2017 r. leczono 426 pacjentów małych, w 2018 r. – 406, a w I kwartale 2019 r. - 167. Większość z tych osób, bo odpowiednio 350 (82,2%), 376 (92,6%) i 167 (100%), była leczona na Oddziale PDM. Pozostali pacjenci – 76 osób w 2017 r. i 30 w 2018 r. byli leczeni na oddziałach dla dorosłych. Na Oddziale PDM były w 2017 r. – 24 łóżka, w 2018 r. – 28 łóżek, a w I kwartale 2019 r. – 40 łóżek rzeczywistych (wykorzystywanych do realizacji umowy z NFZ). Wzrost liczby łóżek związany był z powiększeniem od 1 grudnia 2018 r. Oddziału PDM¹³.

Jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora Szpitala, w latach 2017 – 2018 pacjenci małych byli hospitalizowani na oddziałach dla dorosłych z powodu braku miejsc na Oddziale PDM.

Liczba osobodni liczona dla pacjentów małych w Szpitalu wynosiła: 10 605 w 2017 r., 9 675 w 2018 r. i 3 270 w 2019 r. (I kwartał), a liczba osobodni liczona dla pacjentów małych w Oddziale PDM wynosiła w tych latach, odpowiednio: 8 824, 9 262 i 3 270. Na jedno łóżko przypadało, odpowiednio: 15, 13 i 4 pacjentów. Średnie wykorzystanie łóżka¹⁴ na Oddziale PDM wynosiło, odpowiednio: 368 dni,

⁹ Tekst jednolity Regulaminu Organizacyjnego według stanu na 26 kwietnia 2019 r., dalej także: „Regulamin”.

¹⁰ Dz.U. z 2018r. poz.2190 ze zm., dalej „ustawa o działalności leczniczej”.

¹¹ Uchwała nr V/42/29/2017 Sejmiku Śląskiego z 18 września 2017 r.

¹² Pismem z 24 sierpnia 2018 r.

¹³ Uruchomiono oddział na drugiej kondygnacji budynku.

¹⁴ Stosunek liczby osobodni do średniej liczby łóżek rzeczywistych w danym okresie sprawozdawczym.

331 dni i 82 dni, a wskaźnik wykorzystania łóżek wynosił odpowiednio: 101%, 91% i 91%.

W umowie zawartej z NFZ nie podano informacji o liczbie łóżek na Oddziale PDM. Jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora Szpitala, łóżka kontraktowe były obliczane na podstawie liczby jednostek rozliczeniowych przyznanych przez NFZ, dzielonych przez liczbę dni, na które zostały przyznane środki finansowe, i dzielone przez wagę produktów rozliczeniowych (18,72), a od 1 lipca 2018 r. powiększoną o współczynnik korygujący – 1,06¹⁵. Według tych wyliczeń Oddział PDM dysponował następującą liczbą łóżek kontraktowych: 23,0769 w 2017 r., 24,0933 w 2018 r. i 23,2074 w I kwartale 2019 r.

(akta kontroli str. 28, 32 – 35)

Średni czas hospitalizacji pacjentów małoletnich w badanym okresie ulegał skróceniu i wynosił: 25 dni w 2017 r., 24 dni w 2018 r. i 20 dni w I kw. 2019 r. Średni czas hospitalizacji pacjentów małoletnich na oddziałach psychiatrycznych dla dorosłych był niższy i wynosił 23 dni w 2017 r. i 14 dni w 2018 r.

W 2017 r. przez okres do 14 dni było hospitalizowanych 138 małoletnich pacjentów, w 2018 r. – 142 takie osoby, a w I kw. 2019 r. – 38. W okresie od 15 dni do jednego miesiąca w tych latach było hospitalizowanych, odpowiednio: 152, 135 i 64 małoletnich pacjentów. W okresie od dwóch do trzech miesięcy było hospitalizowanych odpowiednio: 125, 124 i 62 pacjentów małoletnich, w okresie od czterech do sześciu miesięcy odpowiednio sześciu, trzech i trzech pacjentów małoletnich, a powyżej sześciu miesięcy – czterech pacjentów w 2017 r. i dwóch w 2018 r., przy czym powyżej sześciu miesięcy hospitalizowany był jeden pacjent małoletni w oddziale psychiatrycznym dla dorosłych w 2017 r.

(akta kontroli str. 36 – 43)

Szpital, w Oddziale PDM świadczył w badanym okresie psychiatryczne usługi zdrowotne małoletnim pacjentom ponad limit na świadczenia, określony w umowach zawartych z NFZ. I tak w 2017 r. zrealizowano świadczenia na kwotę 1 929,5 tys. zł, o 37,4 tys. zł większą od limitu, a w 2018 r. zrealizowano świadczenia na kwotę 2 228,7 tys. zł, o 155,4 tys. zł wyższą od limitu. W wyniku ugód zawartych z NFZ, Szpital uzyskał finansowanie wszystkich wykonanych świadczeń. W I kw. 2019 r. Szpital zrealizował świadczenia na kwotę 844,0 tys. zł, czyli wartość wykonanych świadczeń ponad limit wyniosła 299,3 tys. zł.

(akta kontroli str. 44 – 46)

W Szpitalu prowadzony był rejestr osób małoletnich oczekujących na planowaną hospitalizację psychiatryczną w formie elektronicznych list oczekujących w systemie AMMS. Dane te były przekazywane do NFZ raz w miesiącu. Oprócz średniego czasu oczekiwania przekazywano także informacje o liczbie oczekujących, liczbie osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym, liczbie osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym oraz z powodu wykonania świadczenia w ostatnich trzech miesiącach. Przekazywano także dane szczegółowe zawierające imię i nazwisko oraz numer PESEL osoby oczekującej, według stanu na ostatni dzień miesiąca.

¹⁵ Zgodnie z zarządzeniem Nr 41/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

W 2017 r. (na koniec kolejnych kwartałów) na hospitalizację oczekiwało odpowiednio: 13, siedmiu, trzech i pięciu pacjentów małoletnich, w 2018 r. – odpowiednio: 13, dziewięciu, czterech i czterech pacjentów, a na koniec I kwartału 2019 r. – 13 pacjentów i wszystkie przypadki były stabilne. Nie było oczekujących pacjentów, których przypadki byłyby określone jako pilne. Średni czas oczekiwania na przyjęcie na Oddział PDM wynosił od 79 dni (na koniec II kwartału w 2017 r.) do 27 dni (na koniec IV kwartału 2017 r.); na koniec I kwartału 2019 r., średni czas oczekiwania na przejęcie na Oddział PDM wyniósł 42 dni.

(akta kontroli str. 44, 50 – 51, 55 – 57)

Na przykładzie trzech losowo wybranych informacji przekazanych NFZ o oczekujących na przyjęcie do Szpitala¹⁶ stwierdzono, że przekazane dane dotyczące czasu oczekiwania na hospitalizację i liczby oczekujących wynikały z rejestru Szpitala i były rzetelne.

(akta kontroli str. 52 – 54)

W okresie objętym kontrolą wystąpiły przypadki odmowy przyjęcia pacjenta małoletniego do Szpitala. W 2017 r., wg rejestru prowadzonego w Izbie Przyjęć Szpitala, odmówiono przyjęcia 80 małoletnich osób, w 2018 r. - 82, a w I kwartale - 16 małoletnich osób. Z osób tych odpowiednio – dwie, pięć i jedna zostały skierowane do innego szpitala. We wszystkich pozostałych przypadkach brak było bezwzględnych wskazań do hospitalizacji.

W wyniku analizy 20 losowo wybranych przypadków odmów przyjęcia do Szpitala osób małoletnich, stwierdzono, że każdorazowo sporządzono Kartę Informacyjną Izby Przyjęć do Szpitala¹⁷, w której odnotowano przeprowadzony wywiad i ocenę stanu tej osoby. W żadnym z analizowanych przypadków w ww. kartach nie odnotowano bezwzględnych wskazań do hospitalizacji.

W dziewięciu analizowanych przypadkach odmów odnotowano w Karcie Informacyjnej podjęcie działań w celu przeprowadzenia konsultacji z kierownikiem Oddziału PDM, z tego w 5 przypadkach konsultacje zostały przeprowadzone zgodnie z postanowieniami § 13 ust. 5 rozporządzenia w sprawie udzielania świadczeń. W pozostałych 11 analizowanych przypadkach nie odnotowano działań podejmowanych w tym celu.

Zastępca Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że w Szpitalu zatrudniony był jeden lekarz specjalista psychiatrii dla dzieci i młodzieży, pełniący obowiązki Kierownika Oddziału PDM i nie był on w stanie konsultować odmów przyjęcia wszystkich małoletnich pacjentów do Szpitala.

Z 20 analizowanych przypadków, osiem małoletnich osób zostało przywiezionych do Szpitala z ośrodków szkolno-wychowawczych ze względu na agresywne zachowanie, sześć osób zostało przywiezionych przez pogotowie ratunkowe ze środowiska rodzinnego ze względu na agresywne zachowanie lub podanie w mediach społecznościowych zamiaru samobójstwa, pozostałe sześć osób przywieźli rodzice, w tym dwie osoby w celu uzgodnienia terminu przyjęcia do Szpitala.

Z ww. 20 analizowanych przypadków, w ośmiu przypadkach opiekun prawny nie wyraził zgody na hospitalizację, w pięciu przypadkach brak było wskazań do hospitalizacji, w dwóch przypadkach opiekun prawny nie wyraził zgody na przewiezienie dziecka do innego szpitala, w trzech przypadkach nie było wolnych miejsc na Oddziale PDM, a nie stwierdzono wskazań do pilnej hospitalizacji,

¹⁶ 31 sierpnia 2017 r., 31 sierpnia 2018 r. i 28 lutego 2019 r.

¹⁷ Dalej: „Karta Informacyjna”.

w jednym przypadku wydano skierowanie do oddziału pediatrycznego. W jednym przypadku w Karcie Informacyjnej nie podano przyczyn odmowy.

(akta kontroli str. 28, 58 – 82)

Za zgodą małoletniej osoby lub zgodą opiekuna hospitalizowano 336 osób w 2017 r., 314 w 2018 r. i 145 osób w I kw. 2019 r. Bez zgody hospitalizowano, odpowiednio: 114, 92 i 22 osoby małoletnie. W badanym okresie, nie było przypadku wydania przez sąd opiekuńczy postanowienia o braku podstaw do przyjęcia do Szpitala osoby małoletniej bez jej zgody lub zgody opiekuna prawnego.

(akta kontroli str. 36 – 43)

Szpital dokumentował wyrażenie przez małoletniego pacjenta i/lub opiekuna prawnego pisemnej zgody na przyjęcie do szpitala, poprzez uzyskanie wymaganego podpisu w formularzu „Historia choroby”. Formularz ten był sporządzany przy przyjęciu do Szpitala i przechowywany w dokumentacji medycznej każdego pacjenta.

(akta kontroli str. 83 i 90 – 92)

Przyjęcia do Szpitala odbywały się całodobowo w Izbie Przyjęć i zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym, w Izbie przeprowadzano badanie lekarskie przedmiotowe i podmiotowe zgłaszających się pacjentów. Na podstawie analizy dokumentacji medycznych 25 pacjentów stwierdzono, że we wszystkich przypadkach osoby te były badane przez lekarza specjalistę psychiatrę lub specjalistę psychiatrę dzieci i młodzieży, który stwierdzał wskazania do przyjęcia do Szpitala.

(akta kontroli str. 83 i 92 – 93)

Do Szpitala w trybie nagłym¹⁸ przyjęto 18 osób małoletnich w 2017 r., 21 w 2018 r. i jedną osobę małoletnią w I kwartale 2019 r., a w trybie przymusowej obserwacji¹⁹, odpowiednio: 72, 71 i 21 małoletnich osób. W badanym okresie nie przyjęto żadnej osoby w tzw. trybie wnioskowym²⁰, po przeprowadzonym postępowaniu sądowym i na wniosek rodziny.

Na podstawie innych ustaw niż ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego²¹, do szpitala przyjęto odpowiednio 12, trzy i dwie osoby małoletnie, w tym były trzy osoby przyjęte do Szpitala w 2017 r. na podstawie art.12 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich²².

(akta kontroli str. 36 – 43)

3.1. Szpital spełniał wymagane kryteria²³ w zakresie zatrudniania lekarzy na Oddziale PDM, które wynosiło 2,7 etatu na koniec 2017 r., 3,66 etatu na koniec 2018 r. i 2,52 etatu na koniec I kw. 2019 r., przy wymaganym zatrudnieniu wynoszącym, odpowiednio: 2,16, 2,13 oraz 2,17 etatu. Natomiast stan pożądany przez Szpital, jak podał Zastępca Dyrektora, to zatrudnienie lekarzy na 4 etatach.

Na pełnym etacie Szpital zatrudniał jednego specjalistę w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, co stanowiło 0,72 etatu przeliczeniowego na posiadaną liczbę łóżek²⁴. Ponadto w 2017 r. zatrudniano jednego lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii w wymiarze 0,4 etatu, w 2018 r. – dwóch - w wymiarze 1,4 etatu oraz w I kw. 2019 r. - jednego lekarza w wymiarze 0,26 etatu. Zatrudniano także lekarzy w trakcie specjalizacji – w 2017 r. i 2018 r. – dwóch lekarzy w trakcie specjalizacji

¹⁸ Na podstawie art. 23 ustawy o ozp

¹⁹ Na podstawie art. 24 ustawy o ozp

²⁰ Na podstawie art. 29 ustawy o ozp

²¹ Dz.U. Dz. U. z 2018 r. poz. 1878, zwana dalej „ustawą o ozp”.

²² Dz. U. z 2018 r. poz. 969.

²³ Określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U.poz.1386).

²⁴ Obowiązuje równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 32 łóżka.

w dziedzinie psychiatrii w wymiarze, odpowiednio: 1,3 i 1,26 etatu, a w I kw. 2019 r. - jednego lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii w wymiarze 0,26 etatu i jednego lekarza, specjalistę psychiatrii, będącego w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży na pełnym etacie. Liczba pielęgniarek zatrudnionych na Oddziale PDM na koniec 2017 r. wynosiła 10 osób na pełnych etatach, a na koniec 2018 r. - w związku z powiększeniem oddziału – 18 osób na pełnych etatach. Na koniec I kw. 2019 r. było zatrudnionych 19 pielęgniarek na 18,5 etatu. Zatrudnienie psychologów na tym oddziale wzrosło z trzech osób na pełnych etatach na koniec 2017 r., do czterech osób na pełnych etatach na koniec 2018 r. i w I kw. 2019 r. Na koniec 2017 r. i 2018 r. Szpital zatrudniał jednego terapeutę na 0,5 etatu, a na koniec I kw. 2019 r. – jednego terapeutę na pełnym etacie. W okresie objętym kontrolą zatrudniano także jednego logopedę w wymiarze 0,75 etatu. Liczba zatrudnionych sanitariuszy wzrosła z pięciu osób na koniec 2017 r. do ośmiu na koniec 2018 r. i dziewięciu na koniec I kw. 2019 r. Wszyscy sanitariusze byli zatrudnieni na pełnym etacie.

Szpital zatrudniał psychologów w wymiarze mniejszym niż wynosił stan pożądany – na czterech a nie pięciu etatach, natomiast stan zatrudnienia pozostałego personelu na tym Oddziale był w wymiarze pożądanym przez Szpital.

(akta kontroli str. 94 – 97)

3.2. Zastępca Dyrektora Szpitala podał, że ustalając liczbę personelu medycznego/pielęgniarskiego niezbędnego do opieki nad małoletnimi pacjentami Oddziału PDM, kierowano się kryteriami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień²⁵. W przypadku przyjęcia na oddział psychiatryczny dla dorosłych małoletniego pacjenta, nie zwiększano tam personelu, jednakże zobowiązywano go do większego nadzoru oraz sprawowania zwiększonej opieki nad małoletnim pacjentem. O liczbie lekarzy i pielęgniarek, którzy mają sprawować opiekę w Oddziale PDM, decydował Dyrektor Szpitala w porozumieniu z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa, Kierownikiem Oddziału, Naczelnym Pielęgniarem oraz z Pielęgniarką Oddziałową, przy uwzględnieniu norm pielęgniarskich oraz rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych

(akta kontroli str. 100)

Na podstawie akt osobowych personelu medycznego stwierdzono, że wszyscy pracownicy Oddziału PDM, udzielający świadczeń na podstawie umowy z NFZ, spełniają wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami²⁶. Stan zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek, na koniec 2017 r., 2018 r. i I kw. 2019 r. był zgodny z postanowieniami umowy z NFZ.

(akta kontroli str. 105 – 111)

W okresie objętym kontrolą, prowadzone zajęcia nie wymagały zatrudnienia rehabilitantów, natomiast obsada terapeutów zapewniała możliwość prowadzenia zajęć.

(akta kontroli str. 138)

W latach objętych kontrolą w Oddziale PDM prowadzona była terapia zajęciowa i zajęcia terapeutyczne, a także zajęcia dydaktyczne i wychowawcze.

²⁵ Dz.U.poz.1386, zwane dalej: „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych”.

²⁶ Dz. U. Nr 151 poz. 896

Zajęcia w Oddziale PDM odbywały się pięć razy w tygodniu, w godz. 09⁰⁰ - 20⁰⁰ z przerwami na posiłki, zabiegi medyczne, odpoczynek, odwiedziny i zajęcia dydaktyczne. W soboty i niedziele prowadzone były zajęcia wychowawcze w wymiarze 4 godzin. Zajęcia były organizowane dla wszystkich pacjentów przebywających w tym oddziale. W ramach terapii zajęciowej odbywała się: gimnastyka poranna, treningi umiejętności społecznych, zajęcia rekreacyjno – sportowe, projekcje filmów i bajek, słuchanie muzyki, karaoke, wykonywanie prac plastycznych (malowanie farbami, rysowanie kredkami, wycinanki), biblioterapia i bajkoterapia oraz ludoterapia²⁷. Formy zajęć były dostosowywane do okresu rozwojowego dzieci.

W ramach zajęć terapeutycznych prowadzonych przez psychologów i terapeutę pedagogicznego, odbywały się: spotkania grup terapeutycznych, społeczności terapeutycznej, psychoedukacja, zajęcia relaksacyjne i treningi umiejętności społecznych.

W ramach zajęć wychowawczych organizowano: zajęcia rekreacyjno – sportowe, karaoke, ludoterapię, formy artterapii²⁸, terapię tańcem oraz treningi umiejętności społecznych. Zajęcia dydaktyczne obejmowały program nauczania szkoły podstawowej i gimnazjum w Specjalnym Ośrodku Szkolno – Wychowawczym w Lublińcu, odbywały się w godzinach – 13⁰⁰ – 17¹⁰.

Oddział PDM nie prowadził zbiorczej statystyki uczestnictwa pacjentów w zajęciach. Adnotacje o uczestnictwie poszczególnych osób w zajęciach były zamieszczane w indywidualnej dokumentacji pacjenta.

W okresie od 2017 r. do 30 listopada 2018 r. opiekę i nadzór nad pacjentami po godz. 15⁰⁰ sprawowały co najmniej 3 osoby personelu²⁹, a dyżury nocne (w godzinach 19⁰⁰ – 07⁰⁰) pełniły 2 osoby personelu³⁰.

Po powiększeniu Oddziału, od 1 grudnia 2018 r. opiekę i nadzór nad pacjentami po godz. 15⁰⁰ sprawowało co najmniej pięć osób personelu, w tym na każdym piętrze budynku jedna – dwie pielęgniarki i inny personel pomocniczy.

Opiekę w porze nocnej sprawowały cztery osoby personelu, na każdym piętrze po dwie osoby³¹.

Ponadto do godz. 20⁰⁰ (od poniedziałku do piątku) obecnych było dwóch wychowawców ze Specjalnego Ośrodka Szkolno – Wychowawczego

(akta kontroli str. 83 – 84, 119 – 135)

3.3. W okresie objętym kontrolą, w Oddziale PDM przeprowadzonych zostało sześć kontroli wewnętrznych przez Pielęgniarkę Epidemiologiczną Szpitala w zakresie stanu sanitarno – higienicznego pomieszczeń szpitalnych i ich wyposażenia oraz z zakresu realizacji procedur medycznych. Kontrole te nie wykazały nieprawidłowości. Stwierdzono, że dokumentacja realizacji procedur medycznych prowadzona była na bieżąco, prawidłowo, procedury medyczne wykonane były przez personel zgodnie z wytycznymi, a wydane zalecenia pokontrolne, w wyniku jednej kontroli, wskazały na potrzebę odnowienia zniszczonego fragmentu podłogi w gabinecie zabiegowym i powierzchni kaloryfera. Uczestniczący w jednej z tych kontroli, inspektor ds. kontroli i zarządzania jakością w Szpitalu, stwierdził, że w pokojach zabiegowych dostępne były instrukcje i procedury, a w świetlicy były tablice z informacją dla pacjentów, księga raportów pielęgniarskich prowadzona była

²⁷ Tj. :układanie puzzli, gry w szachy, warcaby i inne gry planszowe, układanie klocków, korzystanie z zabawek – samochodziki.

²⁸ Leczenie przez sztukę

²⁹ W składzie: 2 pielęgniarki i salowa, lub 1 pielęgniarka, opiekun medyczny i salowa, lub 1 pielęgniarka i 2 salowe.

³⁰ W składzie: 2 pielęgniarki, lub 1 pielęgniarka i opiekun medyczny, lub 1 pielęgniarka i salowa.

³¹ Na każdym piętrze w składzie 2 pielęgniarki, lub 1 pielęgniarka i opiekun medyczny, lub 1 pielęgniarka i salowa.

w sposób ciągły i czytelny, każdy wpis opatrzony był pieczętą, a w oddziale prawidłowo zabezpieczano dane pacjentów przed możliwością dostępu osób trzecich.

(akta kontroli str. 136 – 137)

W wyniku oględzin 13 sal chorych, w których łącznie było 46 łóżek, stwierdzono, że ustawienie łóżek w pokojach nie umożliwiało dostępu do nich z dwóch stron, jednej dłuższej i jednej krótszej, natomiast odstępy pomiędzy łózkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów. Szerokość pokoju łózkowego nie umożliwiała wyprowadzenia każdego łóżka bez konieczności przesuwania innych, co nie spełniało wymogów określonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia³². Drzwi wejściowe do sal miały szerokość 110 cm, co umożliwiało wyjechanie łóżka z sali.

(akta kontroli str. 15 – 22)

3.4. Pacjentom małoletnim zapewniono prawo do porozumiewania się bez ograniczeń z opiekunami prawnymi, a do porozumiewania się z innymi osobami, tylko po upoważnieniu przez opiekuna prawnego. Na każdym piętrze zajmowanym przez Oddział PDM, znajdował się pokój odwiedzin. Zgodnie z Regulaminem Wewnętrznym Oddziału PDM, odwiedzanie pacjentów było możliwe w każdym dniu, a zalecane godziny odwiedzin to 9⁰⁰ – 18³⁰. W wyjątkowych sytuacjach, za zgodą lekarza, odwiedziny mogły się odbywać w pokoju chorych. W Regulaminie zastrzeżono, że ze względów epidemiologicznych lub ze względu na warunki przebywania innych chorych, za zgodą Dyrektora lub Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, odwiedziny pacjentów mogą być na czas określony ograniczone lub wstrzymane. W Oddziale dostępne były telefony stacjonarne, a telefony komórkowe pacjentów deponowano u personelu. Zgodnie z Regulaminem Wewnętrznym Oddziału PDM, telefony komórkowe były udostępniane pacjentom w ciągu roku szkolnego w godz. 12³⁰ – 13⁰⁰, a w dni wolne od zajęć lekcyjnych i w okresie wakacyjnym w godz. 15⁰⁰ – 16⁰⁰.

(akta kontroli str. 85 i 123)

W 2017 r. 10 pacjentów uzyskało zgodę na okresowe przebywanie poza szpitalem na tzw. przepustkach. W 2018 r. taką zgodę uzyskało 30 pacjentów, a w I kw. 2019 r. – jeden pacjent. W Oddziale PDM nie prowadzono rejestru zawierającego odmowy udzielenia przepustki. Jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora Szpitala, wszelkie odmowy były spowodowane stanem zdrowia pacjenta. Poza tym, pacjenci kierowani do szpitala postanowieniem sądu, byli urlopowani w sytuacji, kiedy ich stan zdrowia na to pozwalał, nie stwarzali zagrożenia dla siebie i innych osób i uzyskali zgodę właściwego sądu.

W badanym okresie tylko trzech pacjentów (wszyscy w 2018 r.) dwukrotnie przebywało na przepustce w okresie hospitalizacji.

Małoletni pacjenci uzyskiwali zgody na wyjścia poza Oddział:

- W grupach pod opieką personelu, wg listy zatwierdzonej przez Kierownika Oddziału lub upoważnionego lekarza. Wyjścia odbywały się do ogrodu przy Oddziale, który był zabezpieczony ogrodzeniem zapobiegającym ucieczkom pacjentów wysokości 3,40 m.
- Indywidualnie, pod opieką opiekuna prawnego, za zgodą Kierownika Oddziału (opiekun podpisywał oświadczenie, iż „zabiera dziecko na teren Szpitala oraz ponosi odpowiedzialność za niego”.

³² Zarówno w obowiązującym do 1 kwietnia 2019 r. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739) oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 595).

- Kilkogodzinne wyjścia poza teren Szpitala z opiekunami, za zgodą Kierownika Oddziału

W 2017 roku odnotowano 61 wyjść grupowych do ogrodu. Najmniejsza grupa liczyła trzy osoby, a największa 21 pacjentów. Pacjenci skorzystali łącznie 827 razy z wyjść poza Oddział pod nadzorem personelu.

W 2018 roku odnotowano 113 wyjść grupowych do ogrodu. Najmniejsza grupa liczyła cztery osoby, a największa 23 pacjentów. Łącznie zarejestrowano 1462 wyjścia pacjentów poza Oddział pod nadzorem personelu.

W I kwartale 2019 roku nie odnotowano żadnych wyjść z pacjentami poza Oddział.

Podczas wyjść do ogrodu nadzór nad pacjentami sprawował personel oddziału: pielęgniarki, psycholog, pedagog, terapeuta zajęciowy, opiekunka medyczna, salowe i sanitariusze. W godzinach popołudniowych dodatkowo nadzór sprawowali wychowawcy ze Specjalnego Ośrodka Szkolno – Wychowawczego w Lublińcu. Wyjścia do ogrodu odbywały się co najmniej pod opieką dwóch osób personelu.

W trakcie pobytu w ogrodzie organizowane były zajęcia rekreacyjno - ruchowe, tj.: gra w koszykówkę, siatkówkę, tenis stołowy, badminton, hula – hop, huśtawki i inne zabawy dostosowane do wieku rozwojowego pacjenta. Organizowane były również w ogrodzie zajęcia terapeutyczne, społeczność terapeutyczna. Bywali też pacjenci, którzy odmawiali uczestnictwa w grach i zabawach organizowanych w ogrodzie.

W 2017 r. odnotowano 684 wyjść pacjentów poza oddział pod opieką opiekunów prawnych lub osób przez nich upoważnionych. W 2018 roku liczba ta wynosiła 820 wyjść, a w I kwartale 2019 r. odnotowano 332 wyjścia pacjentów pod opieką opiekunów. Wyjścia odbywały się na terenie Szpitala bądź do ogrodu.

Dodatkowo pacjenci mają możliwość skorzystania z wyjść poza teren Szpitala za zgodą Kierownika Oddziału. W 2017 r. zarejestrowano jedno wyjście poza teren Szpitala. Czas trwania pobytu poza szpitalem wynosił 1,5 godziny. W 2018 r. i I kwartale 2019 r. nie odnotowano podobnych wyjść.

W okresie objętym kontrolą, nie wystąpił przypadek samobójstwa. W 2017 r. miały miejsce cztery przypadki samowolnego oddalenia, tj. niepowrót z przepustki, w 2018 r. był jeden taki przypadek. W 2017 r. odnotowano dwa urazy pacjenta, a w 2018 r. jeden przypadek urazu³³. W I kw. 2019 r. nie odnotowano żadnego zdarzenia niepożądanego. Zdarzały się przypadki samookaleczenia, które były spowodowane przebiegiem choroby oraz stanem psychicznym pacjenta i jego nieumiejętnością radzenia sobie z negatywnymi emocjami, jednakże te samookaleczenia nie spełniały kryterium działań niepożądanych³⁴. Nie była prowadzona statystyka samookaleczeń, natomiast każdy taki przypadek był odnotowywany w indywidualnej dokumentacji medycznej.

³³ W 2017 r.: upadek w kabinie prysznicowej w wyniku poślizgnięcia i poślizgnięcie się w łazience podczas mycia rąk. W 2018 r.: upadek pacjentki z łóżka podczas snu – spadając uderzyła głową o hamulec łóżka i rozcięła skórę głowy.

³⁴ Pacjenci dokonywali powierzchownych samookaleczeń takimi przedmiotami jak: gumka do gumowania, grzebień, szczotka do włosów, tubka po paście do zębów, zakrętkami po napojach itp. Przedmiotami potencjalnie niebezpiecznymi są również przedmioty codziennego użytku, którymi pacjenci dokonują samookaleczeń, w tym: zszywki w zeszytach, opakowania po jogurtach, złamane ołówki, długopisy i kredki czy elementy garderoby pacjentów, w tym: suwaki w bluzach, spodniach jak również części damskiej bielizny (fiszbin) czy biżuterii. Z uwagi na bezpieczeństwo pacjentów, biżuteria była oddawana opiekunom prawnym. W przypadku braku opiekunów prawnych przy przyjęciu pacjenta do oddziału, personel oddziału deponował te rzeczy w depozycie oddziału.

W związku z wystąpieniem urazów u pacjentów, informowano ich o zasadach bezpiecznego korzystania z łazienek oraz omówiono niebezpieczeństwa związane z zalewaniem wodą posadzki, ponownie przeszkolono personel w zakresie bezpiecznej pracy w Oddziale i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom ze szczególnym uwzględnieniem umiejscowienia kółek i hamulców od łóżek w kierunku wewnętrznym (nie na zewnątrz łóżka).

(akta kontroli str. 37, 39 i 85 – 87)

W Oddziale PDM dokonywano kontroli rzeczy osobistych pacjentów. Procedury tych kontroli nie zostały opracowane, a zasady ich przeprowadzenia określono w Regulaminie Wewnętrznym Oddziału PDM. Zgodnie z tym Regulaminem kontroli podlegały rzeczy osobiste pacjenta, a także rzeczy mu dostarczane, za wyjątkiem korespondencji. Kontrole powinny być przeprowadzane komisyjnie, a kontrolę osobistą powinna przeprowadzić osoba tej samej płci. Z przeprowadzonych czynności powinien być wpis w Historii Pielęgowania.

Zastępca Dyrektora Szpital wyjaśnił, że każdego pacjenta przyjmowanego do Oddziału PDM oraz jego opiekuna informowano o zakazie posiadania rzeczy niedozwolonych (papierosy, leki, używki) oraz przedmiotów niebezpiecznych (ostre przedmioty, noże, widelce, szklane naczynia, źródła ognia, maszynki do golenia, ostrza z temperówek, sznurki). Kontroli rzeczy pacjenta dokonywały dwie osoby w gabinecie zabiegowym, z zachowaniem prawa do godności i szacunku wobec pacjenta. W jednym dniu tygodnia personel dokonywał kontroli stanu pacjenta pod kątem obecności samookaleczeń i posiadania niebezpiecznych przedmiotów.

Dokonywano także kontroli pacjenta pod kątem pasożytów włosów i skóry, były to działania zapobiegawcze, mające na celu ochronę pacjentów Oddziału PDM przed możliwością zarażenia i narażenia ich na pogorszenie stanu psychicznego.

Wszelkie informacje odnośnie działań podejmowanych dla ochrony pacjentów zawarte były w indywidualnej dokumentacji pielęgniarskiej. Były podejmowane kontrole rzeczy pacjentów po zakończonych odwiedzinach.

Dla ochrony pacjentów Oddziału PDM zabezpieczono okna kratami, zamykano Oddział na klucz, otwierano i wietrzono pokoje chorych pod nieobecność pacjentów, zainstalowano monitoring w salach pacjentów i w pokojach odwiedzin.

W okresie objętym kontrolą, w Oddziale PDM wystąpiły przypadki wnoszenia na teren Oddziału przez pacjentów rzeczy zabronionych i niepożądanych (papierosy, zapalniczki, zapalniczki, maszynki do golenia, ostrza z temperówek, pilniczki, śrubokręty, leki, sznurki, noże, widelce, butelki szklane). W celu eliminacji takich zjawisk, informowano rodziny i opiekunów odwiedzających o zakazie dostarczania niebezpiecznych przedmiotów do oddziału, możliwych konsekwencjach i działaniach niepożądanych, przeszukiwano rzeczy pacjentów po odwiedzinach rodzin i osób uprawnionych (w szczególności, kiedy wcześniej zdarzały się sytuacje nierespektowania przez rodziny zaleceń personelu).

(akta kontroli str. 87 - 88 i 124)

Wobec pacjentów Oddziału PDM stosowano przymus bezpośredni. Jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora Szpitala, stosowano go, gdy farmakoterapia okazywała się nieskuteczna i nieskuteczne były upomnienia słowne. Przymus bezpośredni stosowano w przypadkach agresji czynnej, kiedy pacjenci zagrażali zdrowiu i życiu własnemu lub innych osób oraz gdy w sposób gwałtowny dochodziło do niszczenia mienia szpitala.

W 2017 r., wobec pacjentów małoletnich zastosowano 295 razy przymus bezpośredni, w tym były trzy przypadki zastosowania go u małoletnich pacjentów hospitalizowanych w oddziałach dla dorosłych, w 2018 r. – 350, a w I kw. 2019 r. – 129 razy. Wszystkie przypadki stosowania w Oddziale PDM przymusu bezpośredniego dotyczyły unieruchomienia za pomocą pasów magnetycznych. Jak podał Zastępca Dyrektora Szpitala, nie stosowano przytrzymania, przymusowego podania leku oraz kaftanu bezpieczeństwa z uwagi na ryzyko zadzierzgnięcia. Nie stosowano także izolacji, ponieważ Oddział nie posiadał pomieszczenia spełniającego wymogi.

Małoletni, wobec których zastosowano przymus bezpośredni byli w wieku od sześciu do 17 lat. W Oddziale PDM w 2017 r. zastosowano przymus bezpośredni 104 razy wobec chłopców i 188 razy wobec dziewcząt, w 2018 r.- 154 razy wobec chłopców i 196 razy wobec dziewcząt, a w I kw. 2019 r.- 88 razy wobec chłopców i 41 razy wobec dziewcząt.

(akta kontroli str. 88 – 89)

Na przykładzie losowo wybranych 10 przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego, stwierdzono, że stosowano go zgodnie z ustaloną procedurą³⁵, wypełniony został formularz Karty zastosowania unieruchomienia, w który odnotowano zlecającego – lekarza oraz osoby wykonywujące, odnotowywano stan unieruchomionego pacjenta co 15 minut. Zastosowanie środka przymusu bezpośredniego zostało odnotowane w indywidualnej dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 140 – 189)

Realizując wymóg określony w art. 18c ust. 3 ustawy o ozp, Szpital zorganizował dla pracowników Oddziału PDM szkolenie obejmujące zasady i sposób zastosowania przymusu bezpośredniego, określone w wewnętrznym zarządzeniu. Pracownicy Oddziału zostali także zapoznani z obowiązującymi w tym okresie rozporządzeniami dotyczącymi stosowania przymusu bezpośredniego³⁶. Ponadto, pracownicy Szpitala – sanitariusze i salowe, odbyli szkolenie dotyczące ich udziału w zastosowaniu przymusu bezpośredniego.

(akta kontroli str. 197 – 219)

W Szpitalu zapewniono pacjentom dostęp do Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego³⁷. Rzecznik w Szpitalu rozpoczął swoją działalność 27 grudnia 2011 r. Zgodnie z art. 10b ust. 5 pkt 2 ustawy o ozp, Szpital zapewnił Rzecznikowi warunki do wykonywania zadań, tj. odrębne pomieszczenie, umożliwiające przyjmowanie skarg, w którym urzędował w godzinach 7⁰⁰ – 15⁰⁰.

Zgodnie z § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego³⁸, na tablicach ogłoszeń w świetlicach obu pięter Oddziału PDM została umieszczona informacja o funkcjonowaniu w Szpitalu Rzecznika, podano możliwości kontaktu z nim, jego siedzibę, nr telefonu miejskiego oraz sieci wewnętrznej, zakres spraw, które można do niego zgłaszać, a także informację o Rzeczniku Praw Pacjenta i adres jego siedziby w Warszawie, nr jego infolinii. Informacje o Rzeczniku były także wywieszone w pokojach odwiedzin.

³⁵ Zarządzeniem Wewnętrznym nr 26/2012 Dyrektora Szpitala z dnia 21 sierpnia 2012 r. w sprawie procedury stosowania przymusu bezpośredniego.

³⁶ Tj.: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz.U. poz. 740) i obowiązującym od 1 stycznia 2019 r. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. z 2018 r. poz. 2459).

³⁷ dalej: „Rzecznik”.

³⁸ Dz. U. Nr 16 poz. 126 ze zm.

W okresie objętym kontrolą, do Rzecznika nie wpłynęła żadna skarga od pacjentów lub ich opiekunów, natomiast wpłynęło pięć wniosków, w tym trzy anonimowe, które dotyczyły udzielenia informacji prawnej, przyjęcia do szpitala, uzyskania wypisu oraz zgody na czasowe przebywanie poza oddziałem. Zgłosiło się też do niego jedno dziecko, z prośbą o udzielenie informacji związanych z pobytem na sądowym oddziale psychiatrycznym o wzmocnionym zabezpieczeniu, a drugie dziecko złożyło pisemny wniosek, dotyczący zastrzeżeń do pobytu na oddziale i udzielanych świadczeń. Obie sprawy, po ich zbadaniu, nie znalazły potwierdzenia. Rzecznik przeprowadził trzy spotkania informacyjno – edukacyjne dla młodzieży z zakresu praw pacjenta.

W oparciu o prowadzone analizy zgłaszanych spraw i obserwacji własnych, Rzecznik pozytywnie ocenił pracę Oddziału PDM, pozytywnie ocenił także zwiększenie Oddziału PDM

(akta kontroli str. 15 – 16 i 220 – 229)

Stan wyposażenia sanitariatów Oddziału PDM zapewniał zachowanie prawa do intymności i poszanowania godności pacjenta.

Każda kabina ustępowa i prysznicowa wyposażona była w drzwi zamykane na klamkę, ale bez możliwości zamknięcia się od środka. W łazienkach nie było zainstalowanego monitoringu.

(akta kontroli str. 15 – 17)

W Szpitalu zatrudniony był kapelan szpitalny w wymiarze ½ etatu, pacjenci zatem mieli możliwość korzystania z prawa do opieki duszpasterskiej

(akta kontroli str. 230)

3.5. Indywidualna dokumentacja medyczna pacjentów Oddziału PDM zawierała informacje o przeprowadzonej diagnostyce psychiatrycznej, diagnostyce psychologicznej, a także o dokonanej ocenie sytuacji rodzinnej.

W okresie objętym kontrolą, u małoletnich pacjentów leczonych na Oddziale PDM zdiagnozowano schorzenia sklasyfikowane w Kodach Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych odpowiadające świadczeniu gwarantowanemu (ICD10) w przedziale F00-F99, jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania oraz ZO3, jako obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne, co było zgodne z rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych. Najczęściej diagnozowanym schorzeniem u pacjentów małoletnich na Oddziale PDM były inne mieszane zaburzenia zachowania i emocji (F92.8), po 112 przypadków w 2017 r. i 2018 r. oraz 46 w I kw. 2019 r. Następnym diagnozowanym schorzeniem był epizod depresji umiarkowany (F.32.1), odpowiednio: 32, 34 i 18 przypadków.

(akta kontroli str. 88 i 231 – 233)

W Oddziale PDM diagnostyka psychiatryczna była ustalana dla pacjenta przez cały zespół terapeutyczny Oddziału, pod kierownictwem Kierownika Oddziału. Jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora Szpitala, w diagnostyce przeprowadzane były konieczne badania laboratoryjne, testy psychologiczne, badania obrazowe. W przypadku konieczności wykonywania badań (np. RTG, TK, MR i inne badania specjalistyczne), uzyskiwano pisemną zgodę opiekuna prawnego. Jak podał dalej, zmiana farmakoterapii była konsultowana z opiekunami pacjenta tylko w przypadku włączenia leku spoza wskazań zawartych w Charakterystyce Produktu Lekczniczego (CHPL) – w tych przypadkach uzyskiwano pisemną zgodę opiekuna pacjenta. W przypadku koniecznego leczenia poza obrębem Szpitala informowano opiekuna prawnego o stanie zdrowia dziecka i przyczynach kontynuowania terapii poza Szpitalem.

Zastępca Dyrektora Szpitala podał, że w Oddziale PDM nie było możliwości aby każdy z pacjentów miał codzienny kontakt z lekarzem prowadzącym, ze względu na ograniczenia kadrowe w pionie lekarskim. Wyjaśnił dalej, że proces terapeutyczny zawiera codzienne odprawy zespołu terapeutycznego oraz wizyty lekarskie, zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Kierownika Oddziału PDM. Podczas wizyty lekarskiej pacjent miał sposobność bezpośredniego kontaktu z lekarzami oddziału. Każde badanie lekarskie odnotowano w indywidualnej historii choroby pacjenta.

W Oddziale PDM nie ustalano dla każdego pacjenta indywidualnego planu rehabilitacji, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 112 – 116)

W okresie objętym kontrolą, w Oddziale PDM nie składano wniosków o przyznanie nagród rzeczowych dla pacjentów Oddziału. Jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora Szpitala, kierowano się głównie względami finansowymi (niewystarczająca wycena świadczeń w Oddziale PDM). W okresie świątecznym Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lublińcu przekazywał prezenty dla wszystkich pacjentów Oddziału.

W Oddziale PDM nie prowadzono konsultacji rodzinnych. Zastępca Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że główną przyczyną braku takich konsultacji są: dalekie miejsce zamieszkania opiekunów prawnych dziecka, brak zainteresowania opiekunów swoimi podopiecznymi (pacjenci przyjmowani z różnych ośrodków wychowawczych, domów dziecka, placówek opiekuńczych) oraz ograniczenia kadrowe w zespole terapeutycznym oddziału.

(akta kontroli str. 88 – 89 i 114)

Analiza indywidualnej dokumentacji medycznej 25 małoletnich pacjentów, hospitalizowanych w Szpitalu w latach 2017 – 2019 r (I kw.), wykazała, że we wszystkich przypadkach przyjęcie do szpitala było poprzedzone badaniem i lekarz stwierdzał wskazania do przyjęcia. Wpisy w dokumentacji były czytelne i w porządku chronologicznym. W każdym przypadku odnotowano okoliczności i tryb przyjęcia do Szpitala. Z 25 osób, sześć osób zostało przyjętych do Szpitala w trybie nagłym³⁹, sześć osób na podstawie wniosku sądu, który orzekł wobec małoletniego środek wychowawczy – leczniczy i nakazał umieszczenie małoletniego w Szpitalu, do czasu uzyskania wolnego miejsca w innym szpitalu, 11 osób zostało umieszczonych w Szpitalu w trybie przymusowej obserwacji⁴⁰, dwie osoby zostały przyjęte w trybie planowym. W każdym przypadku odnotowano czy na przyjęcie do Szpitala uzyskano wymaganą zgodę. I tak, za zgodą opiekuna prawnego zostało przyjętych 17 osób, sześć osób zostało przyjętych w oparciu o postanowienie sądu. Dwie osoby zostały przyjęte bez zgody, a o przyjęciu do Szpitala osoby małoletniej bez zgody opiekuna prawnego, powiadomiono Sąd Rejonowy w Lublińcu. Wobec 13 małoletnich pacjentów zastosowano przymus bezpośredni, a procedura zastosowania przymusu bezpośredniego była zgodna z przepisami prawa⁴¹. Dwie osoby skorzystały z przepustek, w tym jedna dwa razy z powodu konieczności stawienia się przed sądem. We wszystkich analizowanych dokumentacjach medycznych, stwierdzono Historię pielęgnowania, w której odnotowywano informacje o stanie pacjenta, stwierdzono także wpisy psychologów i terapeutów pedagogicznego o przebiegu terapii, karty uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych, kartę zleceń lekarskich i – w przypadkach, w których zlecano dodatkowe badania – wyniki tych badań. W każdym przypadku, po zakończeniu hospitalizacji, była wystawiona karta informacyjna, w której podano rozpoznane

³⁹ Art. 23 ustawy o ozp.

⁴⁰ Art. 24 ustawy o ozp.

⁴¹ art. 18c ustawy o ozp

schorzenie, według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, oraz przebieg i rodzaj udzielanych świadczeń.

Analizowana dokumentacja spełniała wymogi określone w rozporządzeniu w sprawie dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 235 – 309)

4. W latach objętych kontrolą, kwoty na finansowanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży, przekazywane na podstawie umów zawartych z NFZ, nie pokrywały kosztów ich udzielenia i zmniejszała się rentowność realizowanych świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży. Szpital ustalał, rejestrował i analizował jednostkowe koszty w poszczególnych komórkach organizacyjnych.

W 2017 r. koszty poniesione przez Szpital na realizowane ww. świadczenia zdrowotne wyniosły łącznie 2 215,4 tys. zł, natomiast przychody z NFZ z tego tytułu wyniosły 2 038,5 tys. zł (w tym ugoda w wysokości 37,4 tys. zł), czyli stanowiły 92% ogółu poniesionych kosztów. Koszt jednostkowy punktu rozliczeniowego wyniósł 13,78 zł, natomiast cena punktu rozliczeniowego NFZ wynosiła 12,00 zł, czyli stanowiła 87% kosztów Szpitala. W 2018 r. koszty poniesione przez Szpital na realizowane ww. świadczenia zdrowotne wyniosły łącznie 2 758,4 tys. zł, natomiast przychody z NFZ z tego tytułu wyniosły 2 442,6 tys. zł (w tym ugoda w wysokości 155,4 tys. zł), czyli stanowiły 89% ogółu poniesionych kosztów. Koszt jednostkowy punktu rozliczeniowego wyniósł 15,54 zł, natomiast cena punktu rozliczeniowego⁴² NFZ wynosiła 12,54 zł, czyli stanowiła 81% kosztów Szpitala. W I kwartale 2019 r. koszty poniesione przez Szpital na realizowane ww. świadczenia zdrowotne wyniosły łącznie 1 104,1 tys. zł, natomiast przychody z NFZ z tego tytułu wyniosły 653,8 tys. zł, czyli stanowiły 59% ogółu poniesionych kosztów. Koszt jednostkowy punktu rozliczeniowego wyniósł 17,10 zł, natomiast cena punktu rozliczeniowego NFZ wynosiła 13,07 zł, czyli stanowiła 76% kosztów Szpitala.

Świadczenia zdrowotne, udzielane małoletnim pacjentom, hospitalizowanym na oddziałach psychiatrycznych dla dorosłych, były finansowane przez NFZ według ceny obowiązującej w tych oddziałach, a cena punktu rozliczeniowego wynosiła 11,00 zł w 2017 r. i 11,50 zł w 2018 r. Relacja ceny punktu rozliczeniowego w oddziałach psychiatrycznych ogólnych do ceny punktu rozliczeniowego w Oddziale PDM wyniosła w tych latach 92%⁴³. Natomiast relacja ceny punktu rozliczeniowego w oddziałach psychiatrycznych ogólnych do kosztów ponoszonych na tych oddziałach wynosiła w 2017 r. – 96%, a w 2018 r. spadła do 94%.

Jak podał Zastępca Dyrektora Szpitala, NFZ zobowiązał się do płacenia za hospitalizowanie małoletnich pacjentów w oddziałach psychiatrycznych dla dorosłych w 2019 r. według stawek Oddziału PDM.

W okresie objętym kontrolą, na Szpital nie została nałożona kara umowna w związku z realizacją umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej udzielanej małoletnim.

(akta kontroli str. 310 – 333)

5. W okresie objętym kontrolą, Szpital nie był kontrolowany przez NFZ. Oddział PDM był kontrolowany przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, który nie wydał zaleceń pokontrolnych, przez sędziego wizytatora w zakresie przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi, który poza stwierdzeniem, że na Oddziale PDM występuje przekroczenie stanu pacjentów

⁴² Średnia cena NFZ, ponieważ w I półroczu 2018 r. cena NFZ wynosiła 12,00 zł, a w II półroczu - 13,07 zł.

⁴³ W 2017 r. 11,00 zł do 12,00 zł, w 2018 r. 11,50 zł do 12,54 zł.

w stosunku do ilości łóżek, nie stwierdził nieprawidłowości, a jego kontrola wyrywkowa potwierdziła, że dokumenty medyczne, stanowiące podstawę przyjmowania osób były prowadzone prawidłowo. Kontrolę Szpitala też przeprowadzili przedstawiciele Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, sprawdzając m.in. realizację świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży, w szczególności w zakresie przyjmowania i przebywania pacjentów poniżej 18 roku życia w oddziałach szpitalnych dla dorosłych oraz zasadności wniesionych skarg i procedury rozpatrywania skarg i wniosków. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły m.in. hospitalizowania w oddziałach dla dorosłych pacjentów niepełnoletnich, odmowy przyjęcia osoby małoletniej do Szpitala bez konsultacji z kierownikiem Oddziału PDM.

W wyniku zwiększenia Oddziału PDM, w 2019 r. małoletni pacjenci nie byli już hospitalizowani w oddziałach dla dorosłych, natomiast w dalszym ciągu odmowa przyjęcia osoby małoletniej do Szpitala nie była konsultowana z ordynatorem oddziału, do którego dziecko miało być przyjęte, albo jego zastępcą, albo lekarzem kierującym tym oddziałem, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Ustalono nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 28, 338 – 367)

6. W Szpitalu prowadzony był rejestr skarg, dotyczących wszystkich spraw związanych z jego działalnością. Nie było osoby wyznaczonej na stałe do rozpatrywania skarg. Do rozpatrzenia skarg powoływana była każdorazowo przez kierownictwo Szpitala komisja. Sposób przeprowadzania postępowań wyjaśniających w sprawie skarg i wniosków kierowanych do Dyrekcji Szpitala został unormowany zarządzeniem wewnętrznym nr 20/2019 z 17 kwietnia 2019 r. Dyrektora Szpitala. Według tego zarządzenia, skład komisji przeprowadzającej postępowania wyjaśniające w sprawie skarg i wniosków ustala Dyrektor Szpitala. W okresie objętym kontrolą, odnotowano ogółem sześć skarg, z tego w 2017 r. – jedną, w 2018 r. – cztery, a w I kw. 2019 r. – jedną skargę. Z ww. skarg tylko jedna – z 2017 r. dotyczyła udzielania świadczeń osobie małoletniej, przebywającej na Oddziale PDM. Skarga dotyczyła zachowania personelu tego Oddziału i niewyrażenia zgody na wypisanie małoletniego pacjenta na żądanie rodziców. W celu zbadania tej skargi powołana została pięcioosobowa komisja, która w wyniku przeprowadzonego postępowania stwierdziła, że zarzuty zawarte w skardze nie zostały potwierdzone. Skarżącej udzielono odpowiedzi w terminie 28 dniowym.

Pozostałe złożone skargi dotyczyły braku wentylacji pomieszczeń na oddziale 05 i braku osłony przeciwsłonecznej, braku możliwości załatwienia spraw osobistych oraz przetrzymywania na oddziale, a także zamknięcia poradni zdrowia psychicznego oraz nieodpowiedniego zachowanie personelu oddziału 01 przeszkadzającego w wykonywaniu opieki duszpasterskiej. Z tych skarg, jedna została uznana za zasadną.

(akta kontroli str. 368 – 372)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W Szpitalu nie zapewniono konsultowania wszystkich odmów przyjęcia dziecka do Szpitala z ordynatorem oddziału, do którego dziecko miało być przyjęte, albo jego zastępcą, albo lekarzem kierującym tym oddziałem, co było niezgodne z § 13 ust. 5 rozporządzenia w sprawie udzielania świadczeń, w myśl którego odmowa przyjęcia dziecka do szpitala wymaga uprzedniej ww. konsultacji.

Zastępca Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że w Szpitalu zatrudniony był jeden lekarz specjalista psychiatrii dla dzieci i młodzieży, pełniący obowiązki Kierownika Oddziału PDM i nie był on w stanie konsultować odmów przyjęcia wszystkich małoletnich pacjentów do Szpitala.

(akta kontroli str. 28, 58 – 82)

2. W Oddziale PDM nie ustalano indywidualnych planów rehabilitacji, co było niezgodne z § 5 rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacyjnych, który stanowi, że zajęcia rehabilitacyjne są prowadzone zgodnie z takim planem, opracowanym przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii i psychologa lub terapeutę zajęciowego, we współdziałaniu z pacjentem, a zajęcia terapeutyczne, realizowane na Oddziale PDM były rodzajami zajęć rehabilitacyjnych.

Wyjaśniając przyczyny nieopracowywania takich planów, Zastępca Dyrektora Szpitala podał, że wynikało to z nadmiernego obciążenia pracą personelu Oddziału, spowodowanego zbyt dużą ilością hospitalizowanych pacjentów w stosunku do pracowników Oddziału.

(akta kontroli str. 112 – 116)

Zdaniem NIK, Szpital powinien zapewnić obsadę Oddziału PDM, pozwalającą na realizację nałożonych obowiązków, tak w odniesieniu do zapewnienia konsultowania odmów przyjęcia dziecka do Szpitala, jak i opracowywania indywidualnych planów rehabilitacji.

IV. Uwagi i wnioski

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

Uwagi zwraca uwagę na obowiązek konsultowania odmowy przyjęcia dziecka do Szpitala z ordynatorem oddziału, do którego dziecko miało być przyjęte, albo jego zastępcą, lub lekarzem kierującym tym oddziałem i wnosi o

Wnioski podjęcie działań w celu opracowania indywidualnych planów rehabilitacji pacjentów małoletnich Oddziału PDM.

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 Katowicach. 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 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.

Katowice, dnia 27 sierpnia 2019 r.

Kontroler
Anna Hulboj
Gł. specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach

.....