



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

LLO.411.005.02.2015

S/15/003

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

ul. Kilińskiego 210, 90-980 Łódź

T +48 42 239 32 00, F +48 42 239 32 90

llo@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	S/15/003 Sprawowanie opieki nad pacjentami Oddziału Psychiatrii Młodzieżowej SP ZOZ Centralnego Szpitala Klinicznego Instytutu Stomatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży Szpitala Wojewódzkiego im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu – Centrum Psychiatrycznego w Warcie.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Łodzi.
Kontrolerzy	1. Jacek Tworkowski, główny specjalista k.p. – upoważnienie do kontroli nr 94568 z dnia 07.04.2015 r., 2. Dariusz Nowak, doradca ekonomiczny – upoważnienie do kontroli nr 94571 z dnia 07.04.2015 r. (dowód: akta kontroli, str. 1-4)
Jednostka kontrolowana	Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu – Centrum Psychiatryczne w Warcie, ul. Sieradzka 3, 98-290 Warta.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dyrektor Szpitala Dariusz Kaldoński. (dowód: akta kontroli, str. 5-6)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Pomimo spełnienia minimalnych norm etatowych, określonych w § 4 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia¹ oraz zarządzeniu Nr 79/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 13 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w ocenie Najwyższej Izby Kontroli liczba zatrudnionego personelu w Oddziale w kontrolowanym okresie nie w pełni zapewniała bezpieczeństwo hospitalizowanych dzieci i młodzieży, szczególnie popołudniami i wieczorami. Z jedenastu analizowanych zdarzeń niepożądanych – osiem miało miejsce po godzinie 15⁰⁰. NIK zwróciła przy tym uwagę na nieskuteczność monitoringu zainstalowanego w Oddziale. Kontrola wykazała bowiem, że nie zapewniono stałego śledzenia obrazu z kamer, a monitoring służył w szczególności do rejestrowania obrazu i odtwarzania przebiegu zdarzeń już po fakcie.

Najwyższa Izba Kontroli wskazuje ponadto, że wprawdzie obsada personelu medycznego była zgodna z wymogami formalnymi, a możliwość podejmowania czynności wynikających ze zdarzeń nadzwyczajnych (w tym konsultacji z innymi lekarzami) została zapewniona na poziomie Centrum i Szpitala, to jednak specyficzna grupa chorych (dzieci i młodzież) wymaga dodatkowych wysiłków, zwłaszcza w zakresie objęcia opieką lekarską w ciągu całej doby oraz po wypisaniu ze szpitala i zapewnienia ciągłości dalszego leczenia. Zbieżne z oceną Izby są w tym przypadku stanowiska zastępcy dyrektora Szpitala i kierownika Oddziału, wskazujące na konieczność zwiększenia zatrudnienia, zwłaszcza w grupie lekarskiej oraz terapeutów zajęciowych, co dodatkowo pozwoliłoby na rozszerzenie istniejącej oferty terapeutycznej Oddziału. Ponadto, problemem jest brak poradni psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży umożliwiającej kontynuowanie leczenia stacjonarnego w formie ambulatoryjnej, poradni psychologiczno-pedagogicznej czy też placówek o szczególnie wzmocnionym zabezpieczeniu. Ponadto, niezmienna od trzech lat wysokość finansowania Oddziału, powoduje w efekcie generowanie strat, bowiem uzyskane środki nie pokrywają kosztów związanych z realizacją świadczeń.

¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2013 r., poz. 1386 ze zm.), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych”.

W Oddziale respektowano prawa pacjenta. Zastosowane formy środków przymusu bezpośredniego były zasadne, zostały prawidłowo przeprowadzone i udokumentowane. Zapewniono pacjentom zajęcia terapeutyczne prowadzone przez wykwalifikowaną kadrę. Udział pacjentów w poszczególnych formach terapii odnotowywano w dokumentacji medycznej.

Dokumentacja pacjentów była prowadzona i przechowywana zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania².

Pomieszczenia Oddziału urządzone były z zachowaniem wymogów sanitarnych i większości wymogów technicznych określonych w Załączniku 1 pkt I i VIII rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r.³

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja Oddziału

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży⁴ funkcjonował w strukturze Centrum Psychiatrycznego w Warcie, które wchodzi w skład Szpitala Wojewódzkiego im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu, utworzonego przez Samorząd Województwa Łódzkiego⁵. Do 6 września 2014 r. Oddział funkcjonował jako Pododdział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży.

Zgodnie ze Statutem⁶ nadzór nad zgodnością działań Szpitala z przepisami prawa sprawował Samorząd Województwa Łódzkiego.

(dowód: akta kontroli str. 7-72)

Szczegółową organizację działania i zadania Oddziału określał – poza Regulaminem organizacyjnym Szpitala⁷ – regulamin Oddziału. W regulaminie nie określono szczegółowego zakresu udzielanych świadczeń.

Kierownik Oddziału wyjaśniła, że udzielano świadczeń: diagnostyczno–lecniczych, rehabilitacyjnych, profilaktycznych oraz zapobiegawczych, określonych w tematycznych ustawach i rozporządzeniach, w regulaminie Oddziału oraz na podstawie obowiązujących w Oddziale procedur i instrukcji⁸.

(dowód: akta kontroli str. 80-99, 118-121, i 294)

Zgodnie z regulaminem Oddziału za całokształt pracy Oddziału odpowiadał Koordynator - Kierownik Oddziału. Kierownikiem Oddziału jest Monika Cybertowicz – specjalista psychiatrii oraz specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży. Jej obowiązki określone zostały w umowie zlecenia i dotyczyły m.in.

- harmonizowania pracy personelu zatrudnionego w Oddziale,
- podejmowania działań zapewniających sprawne funkcjonowanie Oddziału pod względem medycznym,

² Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r., poz. 739), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia”.

⁴ Zwany dalej „Oddziałem”.

⁵ Uchwałą Nr XXXVIII/730/13 Sejmiku Województwa Łódzkiego z dnia 24 czerwca 2013 r. w sprawie połączenia się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w tym Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Warcie.

⁶ W okresie objętym kontrolą obowiązywały: Statut nadany Uchwałą nr 1359/13 Zarządu Województwa Łódzkiego z dnia 8 października 2013 r. (ze zm.) oraz Statut nadany Uchwałą nr 121/14 Zarządu Województwa Łódzkiego z dnia 11 lutego 2014 r. (ze zm.).

⁷ Zarządzenie Nr 92 Dyrektora Szpitala Wojewódzkiego im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu z 31 grudnia 2013 r.

⁸Np.: Gromadzenie danych i obieg historii choroby, Opieka lekarska nad pacjentem w szpitalu, Przyjmowanie ustnych i pisemnych skarg i wniosków pacjentów, przedstawicieli ustawowych, osób sprawujących faktyczną opiekę nad pacjentem, Postępowanie w przypadku oddalenia się pacjenta, Przeprowadzanie kontroli wewnątrzoddziałowej, Postępowanie z lekami w zakładzie, Zabezpieczenie własności pacjenta, Zasady stosowania przymusu bezpośredniego, Organizacja działań korygujących i zapobiegawczych, Prawa pacjenta i komunikacja z pacjentami, Postępowanie z pacjentem, wobec którego zastosowano przymus bezpośredni,

– sprawowania nadzoru nad: wykonaniem ilościowym i jakościowym kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia⁹, przyjęciami pacjentów, użycia przymusu bezpośredniego oraz wypisywaniem chorych.

Ponadto, kierownik Oddziału miała obowiązki wynikające z umowy zawartej z nią, jako lekarzem Szpitala.

Z analizy materiałów wynikało, że kierownik Oddziału wywiązywała się z nałożonych zadań i obowiązków określonych w umowach.

(dowód: akta kontroli str. 100-115)

Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczeń wykonywanych w warunkach stacjonarnych – świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży (04.4701.001.02), realizowane były przez Oddział na podstawie umów zawartych z NFZ¹⁰. Zgodnie z tymi umowami wartość kontraktu dla Oddziału na 2014 i 2015 rok była jednakowa i wynosiła 1.823,3 tys. zł. Liczbę jednostek/punktów rozliczeniowych określono na 151.939, przy niezmienionej wartości jednostkowej wynoszącej 12 zł.

Według danych z rejestru zoz, prowadzonego przez Wojewodę Łódzkiego, Oddział od 1 stycznia 2014 r. posiadał 30 łóżek, w tym 24 ujęte zostały w kontrakcie z NFZ.

W okresie objętym kontrolą przyjęto: w 2014 r. – 294 pacjentów, (166 dziewcząt i 128 chłopców), a w I kwartale 2015 r. – 65 pacjentów (34 dziewczęta i 31 chłopców).

Średni wiek pacjentów w 2014 r. wynosił 16 lat (najmłodszy – 13 lat, najstarszy – 22 lata), w I kwartale 2015 r. – 15 lat (najmłodszy - 13 lat, najstarszy – 19 lat).

Średni czas pobytu pacjenta w Oddziale w 2014 r. – 27 dni (najkrótszy – 1 dzień, najdłuższy – 101 dni), w I kwartale 2015 r. – 26 dni (najkrótszy – 5, najdłuższy – 103 dni).

Liczba pacjentów przypadających w ciągu 1 miesiąca 2014 r. na jedno łóżko zakontraktowane przez NFZ wynosiła 1,02, a w ciągu miesiąca I kwartału 2015 r. - 0,9.

(dowód: akta kontroli str. 116-117, 181, 191-208)

Pacjentów do Oddziału przyjmowano zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego¹¹.

W dokumentacji lekarskiej 19 losowo wybranych pacjentów znajdowały się zgody ich ustawowych przedstawicieli na przyjęcie i leczenie w Oddziale, w tym 15 pacjentów wyraziło także takie zgody ze względu na to, że ukończyli 16 lat (art. 22 ust. 3 i 4 ustawy).

W okresie objętym kontrolą wystąpiły trzy przypadki przyjęcia pacjentów bez wymaganej zgody pacjenta lub opiekuna prawnego. Szpital zawiadomił Sąd o przyjęciu pacjenta do szpitala psychiatrycznego. W każdym przypadku Sąd wydał postanowienie w terminie późniejszym niż wypisanie pacjenta z Oddziału. W dwóch przypadkach umorzono postępowanie w sprawie, a w jednym – nie było rozstrzygnięcia. Pozostawiono, bez wskazania czy przyjęcie uznano „za niezasadne/zasadne”.

(dowód: akta kontroli str. 122-124, 329-331)

W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły przypadki przyjęcia pacjenta do Oddziału w trybie art. 29 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, tj. w tzw. trybie wnioskowym.

(dowód: akta kontroli str. 120)

W Oddziale, w okresie lat 2014- I kwartał 2015, przeprowadzone były następujące kontrole:

- 1) sześciokrotnie Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Sieradzu, m.in. w zakresie ocen: systemu kontroli zakażeń szpitalnych, spełniania wymagań higienicznych i zdrowotnych, procesów sterylizacji i dezynfekcji, realizacji ogólnych wymogów w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, wymogów w zakresie stosowania niebezpiecznych substancji i preparatów chemicznych, realizacji wymogów w zakresie występowania w środowisku pracy szkodliwych czynników biologicznych oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki. W wyniku ww. kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości;

⁹zwany dalej „NFZ”.

¹⁰ Umowa Nr 052/120001/04/010/14/1 z dnia 30 stycznia 2014 r. i Nr 052/120001/04/010/15/1 z dnia 8 stycznia 2015 r.

¹¹Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 ze zm., zwana dalej „ustawą o ochronie zdrowia psychicznego”.

- 2) jednorazowo Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego dla województwa łódzkiego, w zakresie dokumentacji pielęgniarstwa, monitorowania i dokumentowania stosowania przymusu bezpośredniego, przestrzegania przez personel ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a także realizowania rozporządzenia Ministra Zdrowia, dotyczącego sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia personelu pielęgniarstwa. Kontrola nie wykazała nieprawidłowości;
- 3) w dniu 2 kwietnia 2014 r. przedstawiciele Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego (opis kontroli w pkt 3 niniejszego wystąpienia pokontrolnego).

W kontrolowanym okresie NFZ nie przeprowadzał kontroli w Szpitalu. Na Oddział (Szpital) nie nałożono kar umownych, związanych z realizacją umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 120)

W badanym okresie wszystkie oddziały Centrum Psychiatrycznego w Warcie wykazywały stratę wynoszącą łącznie 39,9 tys. zł za 2014 r. i 70,7 tys. zł za I kwartał 2015 r. Oddział wygenerował za 2014 r. stratę w wysokości 367,8 tys. zł, za I kwartał 2015 r. – 152,3 tys. zł. Przychody Oddziału z tytułu kontraktu z NFZ wyniosły odpowiednio 1.694,8 tys. zł i 414,8 tys. zł. Koszty ogółem 2.028,2 tys. zł w 2014 r. i 553,9 tys. zł w I kwartale 2015 r. Najwyższy udział (62%) stanowiły koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi i świadczeniami na rzecz pracowników oraz kontraktów lekarskich, pielęgniarstwa.

(dowód: akta kontroli str. 250-257)

Jako przyczynę złego wyniku finansowego podano niedoszacowanie wartości osobodni zakontraktowanych przez NFZ. Od 3 lat poziom finansowania Oddziału nie uległ zmianie, a starania czynione przez kierownictwo Szpitala celem pozyskania dodatkowych środków z NFZ są nieskuteczne.

(dowód: akta kontroli str. 363)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie organizację Oddziału.

2. Organizacja udzielanych świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

Stan zatrudnionego personelu w Oddziale odpowiadał minimalnym ilościom etatowym, określonym w § 4 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz zarządzenia Nr 79/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 13 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Stan zatrudnienia (w przeliczeniu na etaty) w 2014 r. kształtował się w następujący sposób:

- personel lekarski w Oddziale – czworo lekarzy etatowych¹²,
- dwóch psychologów (na kontrakcie),
- 12 pielęgniarek i dwóch pielęgniarzy (14 etatów),
- 9 sanitariuszy (w tym ośmiu mężczyzn),
- dwóch instruktorów terapii zajęciowej,
- sekretarka medyczna.

(dowód: akta kontroli, str. 168-169, 182-190, 260-280, 363-372)

Analiza planu pracy za kwiecień 2015 r. (harmonogram pracy pielęgniarek i sanitariuszy) wykazała, że lekarze na Oddziale wykonywali swoje zadania w godzinach od 8³⁰ do 15³⁰, pielęgniarz oddziałowy pracował od poniedziałku do piątku w godzinach od 7⁰⁰ do 14³⁵, pielęgniarki i sanitariusze – w ruchu ciągłym do 12 godzin na dobę, tj. od 7⁰⁰ do 19⁰⁰ i od 19⁰⁰ do 7⁰⁰ z zachowaniem przeciętnych godzinowych norm czasu pracy.

Psycholodzy zatrudnieni są od poniedziałku do piątku – według równoważnych norm czasu pracy, zgodnie z harmonogramem pracy, tj. od godziny 8⁰⁰ maksymalnie do godziny 18⁰⁰.

Instruktorzy terapii zajęciowej zatrudnieni są od poniedziałku do piątku w godzinach 8⁰⁰-15³⁵ przy zastosowaniu jednomiesięcznego okresu rozliczeniowego.

¹²Kierownik specjalista w dziedzinie psychiatrii i specjalista w psychiatrii dzieci i młodzieży, lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej w trakcie specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży, lekarz w trakcie specjalizacji psychiatrii oraz lekarz rezydent (zatrudniony od 1.05.2014 r. do 22.11.2014 r.); na koniec I kwartału 2015 r. zadania realizowało trzech lekarzy.

Na podstawie analizy akt osobowych personelu ustalono, że osoby zatrudnione w Oddziale spełniały wymogi określone dla pracowników udzielających świadczeń na podstawie umowy z NFZ i wymagań, opisanych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w tych podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami¹³.

(dowód: akta kontroli, str. 170-171, 373-374)

Zgodność warunków lokalowych i sanitarnych z postanowieniami umowy z NFZ oraz wymaganiami określonymi w rozporządzeniu w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia sprawdzono, dokonując oględzin i stwierdzając m.in., że Oddział posiadał dostęp do terenu przeznaczanego na cele terapeutyczno-rekreacyjne. Dysponowano także pomieszczeniami terapeutyczno-rehabilitacyjnymi oraz salą pobytu dziennego z jadalnią. Drzwi wejściowe do Oddziału były zabezpieczone w sposób uniemożliwiający niekontrolowane opuszczenie Oddziału, a w pokojach drzwi otwierały się na zewnątrz. Okna w pokojach, w których przebywają pacjenci, były oszklone od wewnątrz szkłem bezpiecznym i zabezpieczone przed możliwością otworzenia przez pacjentów (poza uchylnymi lufcikami w górnej ich części).

W Oddziale wydzielono dwa pokoje obserwacyjno-diagnostyczne, zlokalizowane naprzeciw dyżurki pielęgniarskiej, spełniające wymagania określone w powołanym Rozporządzeniu. Powierzchnie pokoi wynosiły minimum 6 m² na jedno łóżko (najmniejsze dwulóżkowe pokoje miały po 13,7 m²). Stan techniczny obiektu analizowany był (bez wskazania istotnych nieprawidłowości) m.in. podczas okresowych kontroli.

Z analizy protokołów z kontroli pomieszczeń szpitala przeprowadzonych przez Państwowego Inspektora Sanitarnego wynika, że nie było zastrzeżeń do stanu sanitarnego Oddziału oraz nie były zgłaszane uwagi w zakresie spełniania wymogów technicznych i sanitarnych.

(dowód: akta kontroli, str. 125-151, 180, 227, 237-239, 281-293)

Na podstawie oględzin¹⁴ ustalono, że dokumentacja medyczna pacjentów Oddziału była prowadzona i przechowywana zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹⁵. W szczególności ustalono, że każdą stroną dokumentacji indywidualnej, prowadzonej w postaci papierowej, oznaczono imieniem i nazwiskiem pacjenta. Do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej włączano kopie przedstawionej przez pacjenta dokumentacji i odnotowywano zawarte w niej informacje, istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego. W dokumentacji znajdowały się także: nazwa i numer statystyczny rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego. Historie choroby zawierały pogrupowane informacje dotyczące przyjęcia pacjenta do szpitala, przebiegu hospitalizacji, wypisania pacjenta ze szpitala.

Dokumentacja medyczna była kompletna i zawierała wymagane elementy (np. identyfikacja, rozpoznanie, wywiad, wyniki badań diagnostycznych, opis procedur terapeutycznych, ocena stanu pacjenta w chwili przyjęcia i wypisu, karty informacyjne w tym opieki pielęgniarskiej, indywidualny plan zajęć rehabilitacyjnych).

(dowód: akta kontroli, str. 122-124, 172-180, 227, 237-239)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zauważa, iż w salach chorych Oddziału nie były spełnione wymagania określone w rozporządzeniu w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, w szczególności:

- nie było możliwości takiego ustawienia łóżek, by był do nich dostęp z trzech stron (w tym z dwóch dłuższych),
- pokoje wielolóżkowe nie posiadały dostatecznej szerokości umożliwiającej wprowadzenie każdego łóżka bez konieczności przesuwania innych.

¹³Dz. U. Nr 151, poz. 896.

¹⁴ 18 indywidualnych dokumentacji medycznych

¹⁵Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.

W wyjaśnieniach kierownik Oddziału wskazała, że Centrum dysponuje pomieszczeniami, które zostały zaakceptowane i uznane za zgodne z wytycznymi w trakcie kolejnych kontroli organów nadzoru sanitarnego. Rozmieszczenie łóżek w salach pacjentów Oddziału, ze względu na rodzaj świadczeń zdrowotnych a przede wszystkim charakter pacjentów i ich stany emocjonalne, ulega często zmianie i przemieszczeniu. Rozmieszczenie łóżek w salach pacjentów sporadycznie, ale zmienia się i jest to zgodne z potrzebami hospitalizowanych w danym czasie pacjentów, ich potrzebą wyciszenia się, odosobnienia, nieznacznej jak na warunki szpitalne, ale sporadycznej izolacji od innych.

NIK uznaje argumenty przedstawione przez Kierownika Oddziału, wskazując przy tym na brak rozróżnienia przez Ministra Zdrowia wymagań w zależności od rodzaju stosowanej terapii i opieki nad pacjentami. Niemniej jednak zwraca uwagę na zapewnienie warunków, umożliwiających prawidłowe (pożądane) prowadzenie terapii w warunkach szpitalnych.

(dowód: akta kontroli, str. 228-235, 306,363-372)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie organizację udzielanych świadczeń Oddziału.

3. Sprawowanie opieki medycznej w Oddziale

W badanym okresie przyjęto do leczenia w Oddziale łącznie 359 chorych, z tego 56% stanowiły kobiety. Dominującą grupę stanowili pacjenci, u których zdiagnozowano epizod depresji (126 przypadków), zamierzone samouszkodzenie przy użyciu narzędzia ostrego (99 pacjentów), zaburzenia adaptacyjne (81 pacjentów), następstwa szkodliwego używania substancji (75), mieszane zaburzenia zachowania i emocji (68), depresyjne zaburzenie zachowania (52 przypadki). W Oddziale prowadzono diagnostykę (psychiatryczną, psychologiczną, sytuacji rodzinnej) wobec przyjmowanych i hospitalizowanych pacjentów. Ustalono także, że sporządzano sprawozdania na potrzeby NFZ, dotyczące rozpoznań według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) oraz procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9).

(dowód: akta kontroli, str. 206-217)

W analizowanym okresie nie występowały przypadki umieszczania w jednym pokoju pacjentów o skrajnie różnych zaburzeniach (np. agresywny pacjent o skłonnościach przestępczych i pacjent z depresją bądź zaburzeniami żywieniowymi). Decyzje o umieszczeniu w pokoju chorego podejmował lekarz prowadzący, po okresie obserwacji na sali obserwacyjnej. Czyniono starania, by uwzględnić m.in. wiek pacjentów, schorzenia, charakter pacjentów i ich stany emocjonalne, a także propozycje chorych (wynikające z nawiązanych kontaktów w trakcie pobytu w Oddziale) oraz potrzeby pacjentów (w tym wyciszenia się, odosobnienia lub nieznacznej izolacji od innych).

W ocenie kierownika Oddziału, dobór pacjentów w salach chorych w obecnym systemie leczenia szpitalnego jest niemożliwy i nieskuteczny. Wynika to głównie z różnego okresu hospitalizacji pacjentów, przy tym należy zauważyć, że Oddział nie posiada oddzielnych pomieszczeń dla pacjentów chorych psychicznie i nieletnich, w których istniałyby odpowiednie warunki o wzmocnionym lub maksymalnym zabezpieczeniu. W efekcie może to skutkować zjawiskami niepożądanymi. W celu zapobieżenia tym zdarzeniom, należałoby odpowiednio kwalifikować pacjentów do leczenia stacjonarnego tzn. pacjentów z zachowaniami niebezpiecznymi, w ciągłej, postępującej demoralizacji, z zachowaniami agresywnymi lub podejmujących ucieczki oraz pacjentów uzależnionych od środków psychoaktywnych umieszczać w oddziałach dla nieletnich, dysponujących odpowiednimi warunkami o wzmocnionym lub maksymalnym zabezpieczeniu. Według kierownika Oddziału do tego rodzaju opieki zdrowotnej kieruje się nieletnich po wcześniejszym postanowieniu sądowym, które ze względu na procedurę postępowania jest często związane z odległym terminem przyjęcia. Należy wskazać, że w województwie łódzkim nie powstał oddział psychiatryczny dla nieletnich o wzmocnionym zabezpieczeniu.

(dowód: akta kontroli, str. 206-217,230-233)

Badanie dokumentacji medycznej wykazało, że każdorazowo na wdrożenie leczenia uzyskiwano zgodę rodzica/opiekuna.

Analiza dokumentacji medycznej ujawniła także, że każdy z pacjentów miał codzienny kontakt z lekarzem prowadzącym, lekarz codziennie przeprowadzał badanie psychiatryczne i ogólnolekarskie, a badania te odnotowywano w dokumentacji medycznej.

Dla każdego pacjenta ustalono indywidualny plan zajęć rehabilitacyjnych, sporządzany przez rehabilitantów określając w nim rodzaj i wymiar czasu zajęć rehabilitacyjnych. Terapia zajęciowa organizowana i prowadzona była zgodnie z planem przez wykwalifikowaną kadrę i potwierdzana w dokumentacji medycznej. Ponadto pacjenci w wieku szkolnym realizowali obowiązek nauki.

W historiach choroby zamieszczano informacje o przebiegu udziału pacjenta w zajęciach rehabilitacyjnych, w tym dotyczące: zmian w zakresie zdolności ruchowych, napędu - aktywności niekierowanej, koncentracji uwagi, współdziałania, opanowywania nowych umiejętności, zdolności prośbienia o pomoc, budowania poprawnych relacji interpersonalnych, kształtowania asertywności, nastroju i emocji, gotowości do kontaktów (rodzaje, kierunek), umiejętności w zakresie samoobsługi, zachowań trudnych. Informacje w powyższym zakresie były zgodne z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych¹⁶.

(dowód: akta kontroli, str. 122-124)

Regulamin Oddziału zobowiązywał rodziców/opiekunów prawnych pacjentów do regularnego, systematycznego kontaktu z lekarzem prowadzącym.

Według kierownika Oddziału, pierwsza konsultacja rodzinna odbywała się w dniu przyjęcia pacjenta, a czasami – w związku z odległością zamieszkania rodziców/opiekunów prawnych od szpitala – konsultacje rodzinne były dostosowane do możliwości czasowych rodziców/opiekunów prawnych naszych pacjentów. Zespół terapeutyczny Oddziału (tj. lekarz wspólnie z psychologiem) prowadził również w trakcie spotkań rodzinnych edukacje dla rodziców, wzmacniał umiejętności rodzicielskie oraz wskazywał rozwiązania problemów systemu rodzinnego i motywował do dalszej pracy terapeutycznej w przyszłości, w ramach opieki ambulatoryjnej.

(dowód: akta kontroli, str. 80-97, 258-259)

Na podstawie rozkładu czasu pracy personelu w Oddziale ustalono, że po godzinie 15⁰⁰ opiekę nad dziećmi sprawował personel pielęgniarski (wykonujący zadania w ruchu ciągłym do 12 godzin na dobę, z zachowaniem przeciętnych tygodniowych norm czasu pracy). W analogiczny sposób swoje funkcje wypełniali sanitariusze. W nocy (od godziny 19⁰⁰) dyżurowały trzy osoby (pielęgniarki, pielęgniarze i sanitariusze) oraz dwóch lekarzy psychiatrów Centrum (jeden w Izbie Przyjęć, jeden w Oddziałach Centrum).

Pacjentów Oddziału obowiązywał tygodniowy plan zajęć (od poniedziałku do piątku), który przewidywał zajęcia rehabilitacyjne, tj. treningi umiejętności społecznych, sesje pomocy psychologicznych w postaci psychoterapii indywidualnej, grupowej lub rodzinnej, edukację i psychoedukację, terapię zajęciową, arteterapię, terapię ruchową. Każdego dnia pacjenci mieli zaplanowany także czas wolny (od 1 do 2 godzin dziennie). W Oddziale zorganizowano świetlice, pomieszczenia rekreacyjne z dostępem do prasy i literatury, radia, telewizji, komputera.

W zakresie zorganizowania pacjentom Oddziału czasu wolnego w dni wolne od pracy i święta ustalono, że prowadzone były terapie zarówno przez personel Oddziału (zajęcia ruchowe, terapia zajęciowa), jak i wolontariuszy Klasztoru Bernardynów w Warcie (systematyczne w każdą sobotę).

(dowód: akta kontroli, str. 168-171, 361-362)

W prowadzonym w Oddziale „Zeszytach niezgodności” w 2014 r. i I kwartale 2015 r. odnotowano 10 zdarzeń – niezgodności (8 w 2014 r.). W Zeszycie wpisywano datę powstania niezgodności, jej opis (rodzaj), dane identyfikacyjne pacjenta, przyczynę powstania oraz uwagi i sposób jej załatwienia. W 2014 r. odnotowano:

- połknięcie znacznych ilości leków wniesionych przez pacjenta po powrocie ze spaceru z mamą (godziny popołudniowe),
- dwukrotnie - agresywne zachowanie pacjenta wobec personelu (godziny popołudniowe),

¹⁶ Dz. U. z 2014 r., poz. 522.

- dwukrotnie - samowolne oddalenie z Oddziału (ok. godz. 13⁰⁰ z Działu terapii zajęciowej oraz ok. godz. 19⁰⁰, wyrwijąc zabezpieczenie przy lufciku w pokoju szpitalnym),
- dwukrotnie - samookaleczenia częściami od długopisu (ok. godz. 20⁰⁰) i nożem (ok. godz. 13⁰⁰),
- urazy podczas gry w piłkę.

W I kwartale 2015 r. odnotowano:

- próbę samobójstwa w toalecie (ok. godz. 21⁰⁰),
- uraz w wyniku przepychanki między pacjentami.

Przyczyny zachowań nadzwyczajnych podlegały analizie i omawiane były z personelem. Analiza dokumentacji wykazała, że nadzwyczajne zdarzenia odnotowano w dokumentacji medycznej pacjentów (w zakresie działań podjętych, w tym leczniczych – konsultacje, udzielona pomoc, zwiększenie nadzoru, rewizje osobiste).

W Szpitalu opracowano procedury postępowania m.in. w przypadku oddalenia się pacjenta. Określono w nich, że za podjęcie czynności odpowiada personel Oddziału obecny na dyżurze i lekarz (kierownik lub dyżurny w szpitalu), którzy po poszukiwaniach na terenie szpitala powiadamiają policję. Następnie powiadamiana jest rodzina pacjenta, a w przypadku niezbędnym organy sądu. Informacje o oddaleniu się pacjenta umieszcza się w historii choroby, raporcie pielęgniarstwu i lekarskim oraz zeszycie niezgodności. Po odnalezieniu pacjenta powiadamia się podmioty, które były informowane o jego oddaleniu. W przypadku ww. oddaleń z Oddziału personel odpowiedzialny postępował zgodnie z procedurą. Pacjenci zostali doprowadzeni do Oddziału przez policję.

W Oddziale dokonywano kontroli rzeczy osobistych pacjentów każdorazowo przy przyjmowaniu oraz w każdym niezbędnym przypadku, w tym po powrocie pacjenta z przepustki. Nie ustalono odrębnej procedury przeszukania.

(dowód: akta kontroli, str. 218-226, 230-233, 294)

W Zeszycie niezgodności nie wpisano zdarzenia z 18 marca 2014 r., dotyczącego niewłaściwego zachowania pacjentów Oddziału, do którego miało dojść w łazience w godzinach 18⁰⁰-20⁰⁰. W przedmiotowej sprawie kontrolerzy NIK dokonali analizy przekazanej dokumentacji, w tym historii choroby pacjentki, książki raportów pielęgniarstwu. Dokonali ponadto oględzin zabezpieczonego zapisu elektronicznego obrazu (monitoring) z dnia 18 marca 2014 r. Monitoring Oddziału nie obejmował pomieszczeń łazienek, a zatem ww. zdarzenie, w części dotyczącej zachowań w łazience, nie zostało zarejestrowane. Historia choroby pacjentki zawierała wszystkie wymagane przepisami elementy, w tym opis tego zdarzenia (obserwacje lekarskie) oraz opis badania psychologicznego pacjentki. Zdarzenie opisano także w Książce raportów pielęgniarstwu. Według wyjaśnień Kierownika Oddziału, w dniu 19 marca 2014 r. policjantce Komisariatu Policji w Warcie (dokonującej innych czynności służbowych w Oddziale) złożono ustne zawiadomienie o podejrzeniu wystąpienia niewłaściwych zachowań. Przejrzano monitoring, nie uzyskując potwierdzenia zaistnienia takiej sytuacji. W celu podjęcia dalszych decyzji i działań wezwano matkę pacjentki, która w dniu 19 marca 2014 r. nie wyraziła chęci pisemnego zgłoszenia zdarzenia na policję. Pacjentce udzielono przepustki. Decyzję o pisemnym poinformowaniu policji podjęto wspólnie z matką w dniu 24 marca 2014 r. Śledztwo w przedmiotowej sprawie zostało umorzone przez Prokuraturę Rejonową w Sieradzu z uwagi na brak znamion czynu zabronionego. W dniu 18 marca 2014 r. od godziny 19⁰⁰ w Oddziale dyżur pełniły dwie pielęgniarki i jeden salowy, w oddziałach szpitalnych Centrum Psychiatrycznego – jeden lekarz.

W dniu 2 kwietnia 2014 r. przedstawiciele Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego przeprowadzili w Szpitalu w przedmiotowej sprawie kontrolę doraźną. W wystąpieniu pokontrolnym inspektorzy Urzędu Marszałkowskiego przytoczyli wyjaśnienia Koordynatora Oddziału z dnia 25 marca 2014 r. skierowane do Dyrektora Szpitala, wyjaśnienia Szpitala z dnia 28 marca 2014 r. skierowane do Departamentu Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego oraz wyjaśnienia p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa i Dyrektora Szpitala z dnia 2 kwietnia 2014 r., z których wynikało, że opieka nad pacjentami była sprawowana właściwie. Przedstawiciele Urzędu Marszałkowskiego dokonali ponadto oględzin Oddziału oraz analizy planu pracy na marzec 2014 r. i elektronicznej ewidencji czasu pracy pracowników w dniu, w którym miało dojść do przedmiotowego zdarzenia. W wystąpieniu pokontrolnym nie dokonano oceny kontrolowanej działalności

stwierdzając m.in., że „dla pełnej i obiektywnej oceny zdarzenia należałoby zapoznać się z dokumentacją medyczną hospitalizowanych pacjentów biorących udział w domniemanym zdarzeniu, zapisem z monitoringu zarejestrowanym w dniu zdarzenia na Pododdziale ... Z uwagi na brak podstaw prawnych Kontrolujący nie mają możliwości dostępu do ww. dokumentacji oraz zapisu z monitoringu.”

(dowód: akta kontroli str. 73-79, 120, 125-167, 240-249)

W trakcie wyjaśniania zdarzenia z 18 marca 2014 r. personel Oddziału został dodatkowo poinformowany przez pacjenta o dokonaniu innych czynności niepożądanych w Oddziale. W tym samym dniu personel Oddziału przeprowadził rozmowy z pacjentami, dokonał ich konfrontacji, przejrano i zabezpieczono monitoring z korytarza i sali, w której miało dojść do tych czynności.

W Oddziale funkcjonuje monitoring we wszystkich pomieszczeniach, gdzie przebywają pacjenci, z wyłączeniem łazienek, niektórych gabinetów lekarskich, gabinetu psychologa oraz pomieszczenia sekretariatu. Kierownik Oddziału wyjaśniła, że monitoring czynny jest całą dobę i rejestruje obraz z okresu dwóch tygodni. Ekran monitoringu znajdują się w pomieszczeniu gabinetu zabiegowego. Tam też znajdują się rejestratory nagrań. Na ekranach obserwowane są pomieszczenia i korytarze Oddziału, pod kątem zachowań pacjentów. Po zaistnieniu zdarzenia niepożądanego pielęgniarka koordynująca dokonuje przeglądu monitoringu i zabezpiecza stosowne nagranie na nośniku elektronicznym, który przechowuje w zabezpieczonej kasetce. Klucz do kasetki jest w dyspozycji pielęgniarki koordynującej i kierownika Oddziału. Zapis elektroniczny służy do analizy przebiegu zdarzenia i jako dowód w ewentualnych czynnościach prawnych. W sytuacjach łamania przez pacjenta regulaminu Oddziału oraz wystąpienia zdarzeń nadzwyczajnych zawsze omawiana jest dana sytuacja z pacjentami i, w zależności od potrzeb, podejmowane są działania (np. cofane jest uprawnienie do korzystania przez pacjenta z przywilejów Oddziału, wstrzymywane są wyjścia poza teren, stosowany jest zakaz wyjazdów plenerowych).

Kierownik Oddziału wyjaśniła ponadto, że wszystkie sytuacje naruszenia praw pacjenta zgłaszane są do odpowiednich jednostek, głównie do pobliskiej jednostki policji w Warcie. Ponadto, wszystkie zgłoszone sytuacje rejestrowane są w indywidualnej historii choroby.

(dowód: akta kontroli str. 162-167, 295-296, 301-306, 359-360)

Ustalone
nieprawidłowości

W Oddziale nie zapewniono stałego śledzenia obrazu z kamer monitoringu. W ocenie NIK bieżący monitoring mógłby zapobiec przynajmniej tym zdarzeniom, które miały miejsce w pomieszczeniach nim objętych. Najwyższa Izba Kontroli zauważa przy tym, że istotą monitoringu nie powinno być jedynie rejestrowanie obrazu i reagowanie (dokonywanie jego przeglądu) po zaistnieniu niezgodności, ale przede wszystkim zapobieganie zdarzeniom niepożądanym.

Kontrola wykazała ponadto, iż większość z analizowanych niezgodności miało miejsce w godzinach popołudniowych i wieczornych. W ocenie NIK, może to świadczyć o niedoszacowaniu przez kierownictwo placówki personelu medycznego sprawującego opiekę po godz. 15⁰⁰.

Kierownik Oddziału wyjaśniła, że stałe śledzenie obrazu z kamer monitoringu przy istniejącej obsadzie osobowej jest niemożliwe, a Oddział przy obecnym finansowaniu przez NFZ nie może pozwolić sobie na dodatkowe zatrudnienie personelu medycznego.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, pomimo stwierdzonej nieprawidłowości sprawowanie opieki medycznej nad pacjentami Oddziału.

4. Respektowanie praw pacjentów Oddziału

W Oddziale zapewniono pacjentom prawo do porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami. Przy przyjęciu pacjenta, rodzice lub opiekunowie prawni otrzymywali informację dotyczącą funkcjonowania Oddziału, w tym o:

- nieograniczonej możliwości odwiedzin dziecka podczas pobytu w szpitalu,
- korzystaniu z przepustek, po ustaleniu ich przez lekarza z rodziną,
- numerach telefonów do dyżurki pielęgniarskiej oraz lekarza prowadzącego.

W Regulaminie Oddziału, z którym pacjent i opiekun zapoznawał się przy przyjęciu, zawarte były informacje o możliwości korzystania w nieograniczonym wymiarze z telefonu znajdującego się na korytarzu Oddziału. Telefon służył do odbierania rozmów przychodzących. Dla pacjentów nieposiadających własnych telefonów komórkowych, w sytuacjach nagłych personel umożliwiał korzystanie z telefonu Oddziału. Możliwy był stały kontakt telefoniczny rodzin z pacjentami.

(dowód: akta kontroli str. 302-324, 307-308)

Pacjenci mogli korzystać z tzw. przepustek i wyjazdów do swoich domów/ miejsc przebywania pacjenta, za wcześniejszą zgodą lekarza i rodzica/opiekuna prawnego. Korzystanie z wolnych wyjść poza Oddział uzależnione było od stanu zdrowia pacjenta. Zgoda na wyjście poza teren Oddziału wydawana była pisemnie przez lekarza prowadzącego – na odpowiednim druku. Czas określający przebywanie pacjenta poza Oddziałem był ustalany indywidualnie z rodzicem lub opiekunem prawnym – w zależności od potrzeb dziecka, rodzica i stanu zdrowia pacjenta.

W 2014 r. 15 pacjentów skorzystało z 15 przepustek, a w I kwartale 2015 r. – czterech skorzystało z pięciu przepustek.

Średni czas pobytu pacjenta Oddziału na przepustce w 2014 r. wynosił jeden dzień (12 godzin; najdłuższy pobyt – cztery dni, najkrótszy – jeden dzień), a w I kwartale 2015 r. – jeden dzień.

Pacjenci mogli również korzystać z wyjść, wyjazdów (zajęć plenerowych) pod opieką personelu Oddziału, po wcześniejszym uzyskaniu zgody rodzica lub opiekuna prawnego, wyrażonej na piśmie.

(dowód: akta kontroli str. 302, 304-305, 307-308, 311-312, 325-328)

Określenie sytuacji, zdarzeń, form przymusu bezpośredniego, osób mogących decydować o jego zastosowaniu i podejmowane czynności, reguluje ustawa o ochronie zdrowia psychicznego.

Zasady postępowania z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi, wobec którego zaistniała konieczność zastosowania przymusu bezpośredniego, w tym: określenie sposobu stosowania, dokumentowania oraz oceny zasadności przymusu, określone zostały w Szpitalu w procedurze operacyjnej z 12 lutego 2014 r.

W celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi oraz ochrony pracowników przed ryzykiem wystąpienia urazów przy stosowaniu przymusu bezpośredniego, opracowano i wdrożono (z dniem 22 września 2014 r.) instrukcję pn. „Zasady stosowania przymusu bezpośredniego”. Instrukcja zawierała sposób postępowania pracowników przy zastosowaniu przymusu bezpośredniego w zależności od występujących sytuacji.

(dowód: akta kontroli str. 332-348)

Ze zbadanych dokumentacji 26 pobytów pacjentów w Oddziale wynikało, że jedenastokrotnie stosowano przymus bezpośredni w postaci pasów bezpieczeństwa wobec pacjentów w następujących sytuacjach: myśli i tendencje samobójcze (najczęściej), autoagresja i samookaleczenia (jeden przypadek), tendencje ucieczkowe (jeden raz), agresja wobec personelu i demolowanie Oddziału (jedno zdarzenie).

Jak wynikało z dokumentacji medycznej pacjentów, wybór środka przymusu bezpośredniego był adekwatny do ich zachowań. Każdy fakt zastosowania przymusu był odnotowany w dokumentacji medycznej (karta zastosowania unieruchomienia lub izolacji wraz z kartą obserwacji), a informacja o nim była przekazywana Dyrektorowi Szpitala. Stosowana dokumentacja była zgodna z wzorami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania¹⁷.

(dowód: akta kontroli str. 122-124)

Informacja o możliwości kontaktu pacjenta z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego¹⁸ była dostępna na terenie Oddziału (w tym na tablicy informacyjnej). W sytuacji potrzeby skontaktowania, pacjent bezpośrednio kontaktował się z Rzecznikiem,

¹⁷Dz. U. z 2012 r., poz. 740,

¹⁸zwany dalej „Rzecznikiem”

przy wizytowaniu przez niego Oddziału. W sytuacjach nagłych udostępniany był telefon do Rzecznika. Okresowo Rzecznik uczestniczył w spotkaniach społeczności terapeutycznej Oddziału oraz prowadził zajęcia edukacyjne i informacyjne o prawach pacjenta.

Kierownik Oddziału wyjaśniła, że personel zachęcał pacjentów do uczestniczenia w takich spotkaniach, gdyż „uzyskanie właściwej wiedzy o prawach pacjenta jest istotne do kształtowania się dojrzałej relacji pacjent- rodzic/opiekun prawny – personel medyczny”.

Jednocześnie, dla zapewnienia swobodnego dostępu Rzecznika do pacjentów, dysponował on swoim kluczem, co umożliwiało wejście do Oddziału bez ograniczeń, bez wcześniejszego informowania personelu o wizytacji.

(dowód: akta kontroli str. 237-239, 259, 305)

Rzecznik Praw Pacjenta poinformował kontrolujących, że stopień przestrzegania praw pacjenta w Oddziale należy ocenić jako prawidłowy, na Oddziale panuje dobra atmosfera, przyjazna pacjentom. Pacjenci są motywowani do brania udziału w zajęciach i dodatkowych aktywnościach. Zgłaszane przez Rzecznika uwagi i wnioski są w trybie pilnym omawiane z personelem, co skutkuje podejmowaniem przez osoby zatrudnione w Szpitalu odpowiednich działań, mających na celu poprawę komfortu pobytu pacjentów. Współpraca z personelem Oddziału w latach 2012 – 2015 (I kwartał) przebiegała bez zakłóceń. Pacjentom umożliwiano spotkanie z Rzecznikiem i zapewniano warunki gwarantujące swobodę wypowiedzi oraz zachowanie poufności. Rzecznik miał także swobodny wstęp do pomieszczeń Oddziału.

(dowód: akta kontroli str. 349-352)

Z udostępnionej przez Oddział dokumentacji wynikało, że w okresie objętym kontrolą zgłoszona była do Rzecznika jedna skarga małoletniej pacjentki na nieetyczne i nieprofesjonalne zachowanie lekarza Oddziału. Rzecznik zwrócił uwagę dyrektorowi Szpitala (pisemnie) na obowiązujące w tym względzie zasady prawne i etyczne oraz poprosił o odniesienie się do przedmiotowego zarzutu. W odpowiedzi (ustnej i pisemnej) lekarz zaprzeczył użyciu słów podczas rozmowy z pacjentką, jednocześnie opisując trudności w leczeniu i nieprzestrzeganie zasad pobytu w Oddziale przez pacjentkę. Ponadto Rzecznik występował do Dyrektora Szpitala o złożenie wyjaśnień w związku z próbą samobójczą oraz przebywaniem nieletnich na oddziałach dla dorosłych. Kierownik Oddziału złożyła pisemne wyjaśnienia w ww. sprawach, informując o podjętych działaniach.

(dowód: akta kontroli str. 351, 353-358)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działania kontrolowanej jednostki w zakresie respektowania praw pacjentów Oddziału.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski
pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹⁹, wnosi o podjęcie działań organizacyjnych celem zapewnienia bieżącego i skutecznego monitorowania zachowań chorych przebywających w Oddziale.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

¹⁹Dz. U. z 2012 r., poz.82 ze zm.

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 Łodzi.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania
uwag i wykonania
wniosków

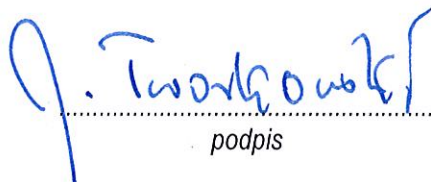
Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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.

Łódź, dnia 29 lipca 2015 r.

Kontroler

Jacek Tworkowski
główny specjalista k.p.


.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Łodzi

Dyrektor

Przemysław Szewczyk


.....
podpis

