



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Olsztynie

LOL.410.009.02.2019

Jan Citko
Dyrektor Wojewódzkiego Zespołu
Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Olsztynie
ul. Artyleryjska 3e, 10-165 Olsztyn
T +48 89 678 82 00, F +48 89 678 82 30
lol@nik.gov.pl
Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-69, 10-950 Olsztyn

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Zespół Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie (dalej: „Zespół” lub „Szpital”).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jan Citko, dyrektor Wojewódzkiego Zespołu Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie (dalej: „Dyrektor”), od 15 lipca 2009 r.
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, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na kontrolowany okres.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Olsztynie
Kontrolerzy	1. Joanna Łukasik, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOL/64/2019 z dnia 17 maja 2019 r. 2. Andrzej Sibierski, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOL/75/2019 z 5 czerwca 2019 r.

(akta kontroli str. 1-2)

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Zespół zapewnił właściwą realizację zadań związanych z udzielaniem dzieciom i młodzieży świadczeń w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych. Zatrudniano personel posiadający wymagane kwalifikacje, w liczbie przekraczającej wymogi określone przepisami prawa (zwiększono zatrudnienie w stosunku do wymaganego minimum o dodatkowy etat lekarza, 3,5 etatu pielęgniarki, etat psychologa i o 2,5 etatu terapeuty), rzetelnie prowadzono dokumentację medyczną i respektowano prawa przysługujące pacjentom. Zapewniono także konieczne finansowanie udzielonych świadczeń.

Stwierdzona nieprawidłowość dotyczyła braku wymaganego przepisami prawa, swobodnego dostępu do łóżek pacjentów w dwóch salach oddziału psychiatrycznego przeznaczonego dla dzieci i młodzieży.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego kontrolowanej działalności

Opis stanu faktycznego

1. Organizacja szpitala.

W kontrolowanym okresie w skład Zespołu, zgodnie z regulaminem organizacyjnym³, wchodził m.in. Zakład Leczniczy – Zespół Psychiatrycznej Opieki Stacjonarnej w Olsztynie. W jego ramach funkcjonowały: izba przyjęć, dział farmacji szpitalnej oraz siedem oddziałów (z łącznie 339 łózkami): trzy ogólnopsychiatryczne (po 60 łóżek każdy), jeden kliniczny ogólnopsychiatryczny (40 łóżek), jeden

¹ Dz. U. z 2019 r. poz. 489, ze zm., dalej: „ustawa o NIK”.

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

³ Tekst ujednolicony na dzień 23 maja 2019 r. (wprowadzony zarządzeniem nr 23/2019 z 23 maja 2019 r.), z uwzględnieniem zmian dokonanych po 23 stycznia 2017 r.

psychiatryczny dla dzieci i młodzieży (32), jeden leczenia alkoholowych zespołów abstynenckich z pododdziałem leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (45) i jeden terapii uzależnienia od alkoholu z pododdziałem dziennej terapii uzależnienia od alkoholu (42).

Do zadań oddziału dla dzieci i młodzieży (dalej: „Oddział”) należało sprawowanie opieki leczniczej nad dziećmi i młodzieżą od trzeciego do 18 roku życia. Oddział ten, kierowany przez ordynatora, pracował w systemie całodobowym, a przebywające w nim dzieci miały zapewniony dostęp do nauki w działającej na terenie Zespołu szkole specjalnej. Wg stanu na 13 czerwca 2019 r. rzeczywista liczba znajdujących się w nim łóżek (rozumiana jako liczba miejsc przeznaczonych dla pacjentów) wynosiła 37, a wszystkie dodatkowe łóżka znajdowały się w salach chorych.

Dyrektor wyjaśnił, że zwiększenie liczby łóżek w Oddziale wynikało m.in. z sytuacji przejściowej, spowodowanej zamknięciem oddziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży w województwie podlaskim.

Ordynator Oddziału wyjaśniła natomiast, że przepełnienie Oddziału związane jest z sytuacjami zagrożenia zdrowia i życia małoletnich pacjentów oraz koniecznością ich przyjęcia nawet w przypadkach braku wolnych miejsc.

(akta kontroli str. 3-43, 156-170, 398-400, 406-409)

2. Dostępność świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży.

2.1. W latach 2017-2019 (do końca I kwartału) średnia liczba łóżek rzeczywistych w Oddziale, wykorzystywanych do realizacji umowy z NFZ, wynosiła 32, natomiast liczba łóżek faktycznych⁴ dla poszczególnych lat tego okresu wynosiła odpowiednio: 33, 34 i 35. W okresie tym w Oddziale leczono łącznie 1058 pacjentów, z tego: 441 w 2017 r., 465 w 2018 r. i 152 w I kwartale 2019 r.⁵ Liczba osobodni wyniosła w ww. okresie 27 194, z tego: w 2017 r. – 11 808, w 2018 r. – 12 275 i w I kwartale 2019 r. – 3 111. Wskaźnik przelotowości, tj. liczba leczonych do średniej liczby łóżek rzeczywistych, wynosił odpowiednio: 13,78, 14,53 i 21,47, a wskaźnik średniego wykorzystania łóżek, tj. stosunek liczby osobodni do średniej liczby łóżek rzeczywistych – 369,00, 383,59 i 97,21.

(akta kontroli str. 44)

2.2. W kontrolowanym okresie hospitalizowanych do 14 dni było łącznie 315 pacjentów (w 2017 r. – 129, w 2018 r. – 142 i w I kwartale 2019 r. – 44). Hospitalizacji trwającej od 15 dni do miesiąca poddanych było łącznie 323 pacjentów (odpowiednio: 127, 148 i 48), od dwóch do trzech miesięcy – 308 (145, 133 i 30), od czterech do sześciu miesięcy – 22 (11 w 2017 r. i 11 w 2018 r.), a powyżej sześciu miesięcy – jeden (tylko w 2017 r.)⁶.

(akta kontroli str. 45-47)

2.3. W latach 2017-2019 (do końca I kwartału) Szpital świadczył psychiatryczne usługi zdrowotne osobom małoletnim ponad limity określone w umowach z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej: „NFZ”). W 2017 r. wartość zakontraktowanych świadczeń wyniosła 2 725 758,00 zł, a wartość zrealizowanych świadczeń – 2 751 263,98 zł (kwoty te nie uwzględniają refundacji wynagrodzeń). W 2018 r. było to odpowiednio: 2 834 944,00 zł i 3 115 655,37 zł, natomiast w I kwartale 2019 r. – 723 856,00 zł i 826 080,15 zł. Tym samym, Szpital zrealizował

⁴ Wyjaśnienia Dyrektora i Ordynatora Oddziału dotyczące liczby łóżek podano w punkcie 1 niniejszego wystąpienia.

⁵ Liczby te uwzględniają pacjentów przebywających w Oddziale na przełomie ww. lat.

⁶ Liczby te nie obejmują pacjentów, których hospitalizacja nie została zakończona do końca roku lub, w przypadku 2019 r., do końca I kwartału.

takie świadczenia na poziomie większym od zakontraktowanego odpowiednio dla poszczególnych lat o: 0,9 %, 9,9 % i 14,1 %.

(akta kontroli str. 45-47, 322)

2.4. W badanym okresie Zespół prowadził rejestr osób małoletnich oczekujących na planową hospitalizację psychiatryczną. Z dokumentacji tej wynikało, że zarówno w przypadkach pilnych, jak i stabilnych osoby takie były przyjmowane do Oddziału bez konieczności oczekiwania na miejsce. Dane te były zgodne z informacjami przekazanymi przez Szpital właściwemu oddziałowi NFZ.

(akta kontroli str. 48-57)

2.5. Liczba pacjentów Oddziału ujętych w planie leczenia (znajdujących się w trakcie leczenia) wynosiła, wg stanu na koniec marca: w 2017 r. – 37 pacjentów, w 2018 r. – 40 oraz w 2019 r. – 34. Oznaczało to, że w ww. okresie liczba takich osób zmalała o 8,1 %.

Z dokumentacji Szpitala i danych przekazanych systemem elektronicznym do NFZ wynikało, że wg stanu na 31 sierpnia 2017 r. i 2018 r. oraz 28 lutego 2019 r. nie było osób oczekujących na hospitalizację w Oddziale.

(akta kontroli str. 48-57)

2.6. W kontrolowanym okresie w Szpitalu i w Oddziale nie prowadzono rejestru odmów przyjęcia pacjentów.

Jak wyjaśnił Dyrektor, przypadki takie były odnotowywane w książce przyjęć chorych i odmów, prowadzonej w izbie przyjęć Szpitala. Według danych z tej książki, w badanym okresie odmówiono przyjęcia do Oddziału łącznie 242 osobom, z tego 40 ze skierowaniem do Szpitala i 202 bez takiego skierowania. Wszystkie przypadki odmówienia hospitalizacji zostały zarejestrowane i uzasadnione.

Spośród ww. osób posiadających skierowanie do Szpitala w 2017 r., po przebadaniu przez lekarzy psychiatrów w izbie przyjęć Szpitala, udzielono odmowy 12 osobom, w 2018 r. – 20 i w 2019 r. (do końca I kwartału) – ośmiu. Najczęstszymi przyczynami odmowy w tej grupie osób były: brak wskazań do hospitalizacji – 20 przypadków i brak zgody rodzica/opiekuna – dziewięć przypadków. Do szpitali o innej specjalizacji skierowano pięć osób⁷.

Spośród osób nieposiadających skierowania w 2017 r. udzielono odmowy 64 osobom, w 2018 r. – 80 i w 2019 r. (do końca I kwartału) – 58. Najczęstszymi przyczynami odmowy w tej grupie osób były: brak wskazań do hospitalizacji – 109 przypadków i brak zgody rodzica/opiekuna – 50 przypadków. Do szpitali o innej specjalizacji skierowano 15 osób⁸.

(akta kontroli str. 58-72, 390-397)

2.7. W 2017 r. 341 pacjentów Oddziału (77,3 %) było hospitalizowanych za ich zgodą lub zgodą ich rodzica/opiekuna, w 2018 r. – 361 (77,6 %) i w 2019 r. (do końca I kwartału) – 107 (70,4 %). Zgodę na hospitalizację dokumentowano poprzez wpis w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

Bez takiej zgody przyjęto natomiast do Oddziału 69 osób w 2017 r. (z tego osiem w trybie nagłym⁹ i 61 w trybie „przymusowej obserwacji”¹⁰), 71 w 2018 r. (sześć w trybie nagłym, 64 w trybie „przymusowej obserwacji” i jedną po przeprowadzonym postępowaniu sądowym) oraz 18 w I kwartale 2019 r. (17 w trybie „przymusowej obserwacji” i jedną po przeprowadzonym postępowaniu sądowym).

⁷ Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie.

⁸ J.w.

⁹ Art. 23 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1878, ze zm.), dalej: „ustawa oozp”.

¹⁰ Art. 24 ustawy oozp.

Sąd Rejonowy w Olsztynie 1 lutego 2019 r. dostarczył do Szpitala postanowienie o stwierdzeniu braku podstaw prawnych do przyjęcia osoby małoletniej do szpitala psychiatrycznego. Postanowienie to dotyczyło pacjentki dowiezianej przez Zespół Ratownictwa Medycznego „po deklaracjach, że woli się zabić, niż wracać do domu” i przyjętej do Oddziału 29 października 2018 r. Tymczasem, pacjentka ta została wypisana ze Szpitala 8 listopada 2018 r., tj. prawie trzy miesiące przed otrzymaniem ww. postanowienia.

W badanym okresie nie wystąpiły przypadki hospitalizacji w Oddziale osób na podstawie art. 29 ustawy oop. W tym czasie hospitalizowano łącznie pięć osób na podstawie art. 12 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich¹¹ (po dwie w latach 2017-2018 i jedną w I kwartale 2019 r.)¹².

(akta kontroli str. 45-47, 73, 304-312, 417)

3. Organizacja oddziału.

3.1. Personel udzielający świadczeń.

3.1.1. Stan zatrudnienia w Oddziale w poszczególnych latach badanego okresu był zgodny z wymogami umowy zawartej przez Szpital z NFZ i wynosił:

- w 2017 r. (stan na 31 grudnia) – pięć etatów lekarzy (w tym czterech specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży i specjalista w dziedzinie psychiatrii), 16 etatów pielęgniarek, 3,2 etatu psychologa, 0,54 etatu terapeutów i sześć etatów sanitariuszy,
- w 2018 r. (stan na 31 grudnia) – cztery etaty lekarzy (w tym trzech specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży i specjalista w dziedzinie psychiatrii), 13 pielęgniarek, 4,2 psychologa, 0,54 terapeuty i sześć etatów sanitariuszy,
- w 2019 r. (stan na 31 marca) – czterech lekarzy (w tym trzech specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży i specjalista w dziedzinie psychiatrii), 14,5 pielęgniarek, 4,2 psychologa, trzech terapeutów i sześć etatów sanitariuszy.

Stan zatrudnienia w Oddziale, wynikający z rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień¹³ (dalej: „rozporządzenie w sprawie świadczeń”) wynosił: trzy etaty lekarzy (w tym dwóch specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży i specjalista w dziedzinie psychiatrii), 11 etatów pielęgniarek, 3,2 psychologa oraz 0,54 terapeuty. Minimalny stan pożądany, określony przez Dyrektora, wynosił natomiast: trzy etaty lekarzy (w tym dwa specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży), 12 etatów pielęgniarek, 3,2 etatu psychologa, jeden terapeuty oraz sześć etatów sanitariuszy.

Wszyscy lekarze zatrudnieni w Oddziale i realizujący świadczenia NFZ spełniali wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami¹⁴.

Analiza ewidencji czasu pracy osób udzielających świadczeń na podstawie umowy z NFZ wykazała, że ich czas pracy w kontrolowanym okresie był zgodny z wymogami art. 93 ust. 1 oraz art. 95 i 96 ustawy z 15 kwietnia 2011 r.

¹¹ Dz. U. z 2018 r. poz. 969.

¹² Nie było natomiast przypadków hospitalizacji na podstawie innych przepisów niż ww. ustawa i ustawa oop.

¹³ Dz. U. poz. 1386, ze zm.

¹⁴ Dz. U. Nr 151, poz. 896.

o działalności leczniczej¹⁵, tj. poza dyżurami nocnymi nie przekraczał siedmiu godzin i 35 minut na dobę.

Dyrektor wyjaśnił, że liczba personelu medycznego/pielęgniarskiego niezbędnego do opieki nad małoletnimi pacjentami ustalana była w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami¹⁶ oraz została wprowadzona zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora nr 27/2014. Podał także, że personel ten musiał spełniać wymogi rozporządzenia w sprawie świadczeń.

(akta kontroli str. 74-119, 39-397)

3.1.2. W okresie objętym kontrolą w Oddziale nie zatrudniano rehabilitantów, w tym rehabilitantów psychiatrycznych.

Dyrektor wyjaśnił, że obowiązujące przepisy nie wskazywały na konieczność zatrudniania rehabilitantów w innych komórkach Szpitala niż te, które udzielają świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

(akta kontroli str. 74-107, 390-397)

3.1.3. W latach 2017-2019 (do końca I kwartału) Oddział posiadał trzy etaty terapeutów (wymagany przepisami prawa stan zatrudnienia wynosił jeden etat na 60 łóżek¹⁷) i zatrudniał w pełnym wymiarze czasu pracy trzech pracowników o takiej specjalności.

(akta kontroli str. 74-107)

3.1.4. Z obowiązującego w Oddziale harmonogramu zajęć terapeutycznych¹⁸ wynikało, że zajęcia takie prowadzone były przez wszystkie dni tygodnia, od godziny 7.00 do 19.30. W ich ramach organizowano m.in. zajęcia: treningu higienicznego, muzykoterapii i integrujące oraz spacerów, zebrania społeczności i rozmowy indywidualne. Zajęcia terapeutyczne powadżono w ramach sześciu tzw. bloków zajęciowych (w tym dwóch organizowanych po godz. 16.00), w grupach liczących do 15 osób.

Jak wyjaśniła Pielęgniarka Oddziałowa, dokładne ustalenie liczby uczestniczących w nich osób nie było możliwe, ponieważ nie prowadzono imiennego rejestru pacjentów biorących udział w poszczególnych zajęciach terapeutycznych. Podała także, że w zajęciach takich uczestniczyło codziennie około 80 – 90 % pacjentów.

(akta kontroli str. 45-47, 120-132)

3.1.5. Zasady regulujące stan obsady na dyżurach ujęte zostały w procedurze zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom i personelowi, wprowadzonej w czerwcu 2014 r. zarządzeniem Dyrektora¹⁹. Zgodnie z punktem 6.11.1 tej procedury, obsada w oddziałach wymagała przybywania w części obserwacyjnej²⁰ zawsze nie mniej niż dwóch osób, tj. opiekuna medycznego/sanitariusza i pielęgniarki, a w części ogólnej nie mniej niż dwóch pielęgniarek na dyżurze dziennym i nie mniej niż jednej pielęgniarki na dyżurze nocnym²¹. Procedura regulowała także sprawy związane z zapewnieniem bezpieczeństwa personelowi Oddziału (m.in. określała osoby odpowiedzialne wraz z zakresem ich odpowiedzialności i uprawnień, a także zasady

¹⁵ Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm.

¹⁶ Dz. U. poz. 1545.

¹⁷ Załącznik nr 1, pkt 2 rozporządzenia w sprawie świadczeń.

¹⁸ Zatwierdzony w 2013 r.

¹⁹ Zarządzenie wewnętrzne nr 30/14 z 26 czerwca 2014 r.

²⁰ Oddział dzielił się na dwie części: obserwacyjno-diagnostyczną i ogólną.

²¹ W przypadkach uzasadniających zapewnienie dodatkowej opieki pacjentom pielęgniarka oddziałowa (w dni wolne od pacy i święta – pielęgniarka pełniąca funkcję starszej) winna była zweryfikować stan obsady dyżuru.

postępowania podczas wykonywania obowiązków służbowych) oraz pacjentom (m.in. ustalała sposób i częstotliwość nadzoru nad pomieszczeniami, z których korzystali pacjenci, zasady postępowania z pacjentami zachowującymi się agresywnie, sposób kwalifikowania pacjentów do odcinka obserwacyjnego, zakaz posiadania przedmiotów, które mogły być wykorzystane do zachowań zagrażających życiu i zdrowiu).

Jak wyjaśnił Dyrektor, przy ustalaniu obsady dyżurów uwzględniano postanowienia ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. oraz zarządzenie Dyrektora z czerwca 2014 r. (aktualizowane w marcu 2017 r.). Podał także, że dla zapewnienia dodatkowej opieki po godzinie 15.00 w Oddziale zwiększono stan zatrudnienia terapeutów (z wymaganego przepisami prawa 0,54 etatu do trzech etatów) oraz pielęgniarek (z wymaganych 11 etatów do 13 etatów), podjęto także starania o wprowadzenie w Oddziale opiekunów medycznych.

W latach 2017-2019 (do końca czerwca) opiekę nocną w Oddziale sprawowały średnio trzy osoby – dwie pielęgniarki i sanitariusz. W dniach świątecznych zapewniało natomiast ją łącznie pięć osób – trzy pielęgniarki, sanitariusz i terapeuta²².

W tym czasie w Oddziale miały miejsce dwa wypadki przy pracy, związane z agresywnym zachowaniem pacjentów (pobicie dwóch sanitariuszy wspomagających etatowych pracowników Oddziału) oraz siedem zdarzeń niebędących wypadkami przy pracy (uderzenia, ugryzienia, kopnięcia itp.), dotyczące sześciu zatrudnionych w nim pielęgniarek²³.

(akta kontroli str. 45-47, 133-155, 390-400)

3.2. Warunki bytowe osób małoletnich.

W wyniku oględzin Oddziału, przeprowadzonych w trakcie kontroli NIK, stwierdzono m.in., że:

- znajdowało się w nim osiem sal chorych z łącznie 37 łózkami, z tego cztery sale z 22 łózkami w części ogólnej i kolejne cztery z 15 łózkami w części obserwacyjno-diagnostycznej (średnio cztery – sześć łózek w jednej sali),
- w pięciu salach (trzech z 18 łózkami w części ogólnej i dwóch z ośmioma łózkami w części obserwacyjno-diagnostycznej) ustawienie łóżek umożliwiała swobodny dostęp do nich od trzech stron (w tym jednej dłuższej i jednej krótszej), a szerokość tych sal umożliwiała wyprowadzenie każdego łóżka bez konieczności przesuwania innych,
- w dwóch salach (jednej z czterema łózkami w części ogólnej i jednej z czterema łózkami w części obserwacyjno-diagnostycznej) ustawienie łóżek uniemożliwiało swobodny dostęp do nich z dwóch stron (w tym jednej dłuższej i jednej krótszej), a szerokość tych sal uniemożliwiała wyprowadzenie każdego łóżka bez konieczności przesuwania innych,
- w Oddziale znajdowało się sześć pomieszczeń sanitarnych przeznaczonych dla pacjentów, w tym łazienka dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych, zapewniające zachowanie prawa do intymności i poszanowania godności,
- na terenie Oddziału znajdował się powszechnie dostępny, bezpłatny dla wszystkich pacjentów, telefon komórkowy, obowiązywały natomiast

²² Były to osoby o kwalifikacjach wymaganych umową z NFZ.

²³ Zdarzenia dotyczące pacjentów opisano w punkcie 3.3. niniejszego wystąpienia.

ograniczenia dotyczące korzystania z innych telefonów komórkowych oraz urządzeń posiadających funkcję zapisywania²⁴.

Ustalono także, że na tablicach informacyjnych, umieszczonych w korytarzu Oddziału oraz na drzwiach wewnętrznych, znajdowały się powszechnie dostępne informacje o:

- prawach i obowiązkach pacjenta (Karta Praw i Obowiązków Pacjenta Zespołu),
- możliwości skorzystania z opieki duszpasterskiej (rzymskokatolickiej i prawosławnej) wraz z terminami uroczystości religijnych organizowanych w Szpitalu i numerami telefonów do parafii zapewniających taką opiekę,
- działającym w Zespole Rzeczniku Praw Pacjenta wraz z miejscem i czasem przyjmowania skarg, adresem i telefonem, wskazaniem, że o pomoc w dochodzeniu praw pacjenta mogą zwrócić się pacjent, jego przedstawiciel ustawowy oraz opiekun prawny lub faktyczny, a także zasadach przetwarzania danych osobowych,
- wykazie osób i instytucji przyjmujących wnioski i skargi, wraz z ich adresami i telefonami.

Jak wyjaśniła Ordynator Oddziału, „Mała liczba sal chorych, wieloosobowe sale, bardzo zróżnicowany profil pacjenta (przyjęcia głównie w trybie nagłym pacjentów bezpośrednio zagrażających życiu lub zdrowiu, bez możliwości doboru profilu pacjenta), przepełnienie oddziału (ilość pacjentów hospitalizowanych przez większość dni w roku znacznie przekracza ilość miejsc) uniemożliwia dowolne rozmieszczenie dzieci na salach”. Jej zdaniem, powodowało to, że zwykle w jednej sali przebywali pacjenci z różnymi rozpoznaniem.

(akta kontroli str. 156-170, 406-409)

3.3. Respektowanie praw osób małoletnich.

3.3.1. W latach 2017-2019 (do końca maja) w Oddziale miało miejsce łącznie 28 przypadków tzw. zdarzeń negatywnych (sześć w 2017 r., 14 w 2018 r. i osiem w 2019 r.), z tego: trzy próby samobójcze (po jednej w każdym roku), po siedem urazów powstałych w wyniku autoagresji i agresji (odpowiednio: jeden, pięć i jeden oraz jeden, cztery i dwa), dwa samowolne oddalenia (po jednym w 2018 r. i 2019 r.) i jeden uraz podczas zabezpieczania pacjenta (w 2017 r.). Pozostałe zdarzenia dotyczyły m.in. odurzenia dezodorantem oraz przypadkowych urazów. W przypadkach wystąpienia tzw. zdarzeń niepożądanych postępowano zgodnie z wymogami procedury postępowania w przypadkach zdarzeń niepożądanych z czerwca 2014 r.²⁵

W ww. okresie zgodę na okresowe przebywanie poza Szpitalem uzyskało łącznie 470 pacjentów (206 w 2017 r., 185 w 2018 r. i 79 w 2019 r.²⁶). Z tego, 239 pacjentów korzystało w tym czasie z jednej przepustki, 151 – z dwóch przepustek, 51 pacjentów – z trzech, 16 pacjentów – z czterech, pięciu pacjentów – z pięciu, sześciu pacjentów – z sześciu i dwóch – z ośmiu²⁷. Nie stwierdzono przypadków odmówienia pacjentowi Oddziału zgody na okresowe przebywanie poza Szpitalem.

(akta kontroli str. 171-173)

²⁴ Procedura zapewniania bezpieczeństwa pacjentom i personelowi zabraniała m.in. posiadania telefonów komórkowych w części obserwacyjnej Oddziału.

²⁵ Wprowadzona przez Dyrektora zarządzeniem wewnętrznym nr 29/14.

²⁶ Liczba wydanych przepustek wyniosła w tym czasie odpowiednio: 376, 317 i 142.

²⁷ W poszczególnych latach: jednokrotnie – 100, 104 i 35 osób, dwukrotnie – 66, 54 i 31, trzykrotnie – 27, 15 i 9, czterokrotnie – 7, 6 i 3, pięciokrotnie – 3, 2 i 0, sześciokrotnie – 2, 3 i 1 oraz ośmiokrotnie – 1, 1 i 0.

3.3.2. W badanym okresie w Oddziale dokonywano kontroli rzeczy osobistych niektórych pacjentów, stosując wprowadzoną przez Dyrektora w 2014 r. instrukcję postępowania w sytuacji posiadania przez pacjentów przedmiotów, które mogą być wykorzystane do zachowań zagrażających życiu i/lub zdrowiu. Potwierdzenie zapoznania się z tą instrukcją złożyło 16 pracowników Oddziału²⁸. Nie prowadzono natomiast rejestru liczby i częstotliwości przeszukania i kontroli rzeczy pacjentów oraz rejestru wnoszenia przez nich przedmiotów i substancji niebezpiecznych. Przypadki wnoszenia przez pacjentów rzeczy zabronionych odnotowywano w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

Dyrektor wyjaśnił, że dla ochrony pacjentów dokonano zwiększenia liczby personelu sprawującego nad nimi bezpośrednią opiekę (terapeuci, pielęgniarki i pedagog). Podał także, że Szpital otrzymał z Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego zapewnienie o zabezpieczeniu na jego rzecz środków finansowych w wysokości 500 tys. zł, które mają umożliwić wydzielenie w Oddziale odrębnej części przeznaczonych dla dzieci i odrębnej dla przebywającej w nim młodzieży²⁹. Wyjaśnił także, że z jego zarządzeniami zapoznają się osoby, których te zarządzenia dotyczą.

Ordynator Oddziału wyjaśniła, że kontrola rzeczy osobistych pacjentów nie zawsze była skuteczna. Podała, że nie można przeszukiwać wszystkich osób przyjmowanych do Oddziału i powracających z przepustek, ponieważ jest to niezgodne z prawami pacjenta (działania takie podejmowano wobec pacjentów podejrzanych o posiadanie niedozwolonych przedmiotów i substancji), a pacjenci wnoszą niebezpieczne przedmioty ukrywając je np. w bieliźnie lub przekazują je sobie, unikając w ten sposób kontroli. Skuteczność takich kontroli oceniła jako średnią. Podała, że pacjenci lub ich rodzice zazwyczaj okazują wniesione rzeczy i zdarza się, że proszą personel Oddziału aby wskazał, jakie rzeczy mogą wnieść na jego teren. Z niepożądanych przedmiotów najczęściej wnoszone były papierosy, ostre przedmioty, zapalniczki i dezodoranty w aerozolu. Wyjaśniła także, że w celu wyeliminowania takich zjawisk stosowano psychoedukację, zebrania społeczności pacjentów Oddziału, omawianie regulaminów oraz informowanie rodziców/opiekunów.

(akta kontroli str. 174- 190, 390-397, 406-414, 416)

3.3.3. W latach 2017-2019 (do końca maja) w Oddziale miało miejsce łącznie 613 przypadków użycia przymusu bezpośredniego wobec przebywających w nim młodocianych pacjentów (z tego 316 wobec dziewcząt i 297 wobec chłopców)³⁰. W 2017 r. było to 301 przypadków (odpowiednio: 199 i 102)³¹, w 2018 r. – 237 (104 i 133)³² oraz w 2019 r. do kwietnia – 75 (13 i 62)³³. We wszystkich ww. przypadkach zastosowano formę przymusu polegającą na unieruchomieniu pacjenta, a najczęstszą przyczyną jej zastosowania były autoagresja i agresja czynna wobec pacjentów lub personelu.

²⁸ W latach 2017-2019 (do końca I kwartału) w Oddziale było zatrudnionych od 32 do 35 osób.

²⁹ Zapewnienia tego udzielono w styczniu 2019 r., podczas spotkania z Wicemarszałkiem Województwa Warmińsko-Mazurskiego, a 26 czerwca 2019 r. Dyrektor otrzymał pismo informujące o przyznaniu dotacji w kwocie 500 000 zł na zadanie inwestycyjne „Rozbudowa Oddziału Dziecięco – Młodzieżowego o część dedykowaną wyłącznie dzieciom” (uchwała nr VII/155/19 Sejmiku Województwa Warmińsko-Mazurskiego). Zakończenie inwestycji jest planowane na koniec 2019 r.

³⁰ W dwóch przypadkach były to osoby w wieku 6 lat, 3–7 lat, 4–8 lat, 13–9 lat, 4–10 lat, 10–11 lat, 11–12 lat, 18–13 lat, 138–14 lat, 99–15 lat, 186–16 lat, 86–17 lat i 39–18 lat.

³¹ Trzy osoby w wieku 7 lat, 10–9 lat, 2–10 lat, 6–11 lat, 7–12 lat, 4–13 lat, 102–14 lat, 27–15 lat, 117–15 lat, 12–16 lat i 11–18 lat.

³² Dwie osoby w wieku 6 lat, 4–8 lat, 3–9 lat, 2–10 lat, 5–13 lat, 35–14 lat, 62–15 lat, 31–16 lat, 65–17 lat i 28–18 lat.

³³ Cztery osoby w wieku 11 lat, 4–12 lat, 9–13 lat, 1–14 lat, 10–15 lat, 38–16 lat i 9–17 lat.

W Oddziale nie prowadzono odrębnego rejestru przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego, a przypadki takie odnotowywano w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów.

(akta kontroli str. 45-47, 191-225, 304-312)

3.3.4. W latach 2017-2019 (do końca czerwca) w Szpitalu obowiązywała procedura postępowania w razie zastosowania przymusu bezpośredniego wprowadzona zarządzeniami Dyrektora z 18 lipca 2012 r. i zmodyfikowana w lutym 2019 r. Była ona zgodna z wymogami art. 18c ustawy ozp i rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi³⁴. Określała m.in. zasady stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi, dokumentowania w indywidualnej dokumentacji medycznej zastosowania przymusu bezpośredniego, dokonywania oceny zasadności jego zastosowania i oceny stanu fizycznego osoby unieruchomionej. Zapoznanie się z tą procedurą potwierdziło 24 pracowników Oddziału³⁵. W 2018 r. szkolenia z zakresu procedury stosowania przymusu bezpośredniego odbyły wszystkie zatrudnione w Oddziale pielęgniarki i pielęgniarze oraz pięciu sanitariuszy.

Dyrektor wyjaśnił, że w Szpitalu zasadą jest zapoznavanie z obowiązującymi procedurami tylko tych osób, których one dotyczą.

(akta kontroli str. 226-290, 390-397)

3.3.5. Z oględzin strony internetowej Szpitala wynikało, że znajdował się na niej odsyłacz (link) „Rzecznik praw pacjenta” przekierowujący użytkownika do zakładki dotyczącej działalności Rzecznika Praw Pacjenta działającego na terenie Szpitala. Znajdowały się tam m.in. informacje o możliwości korzystania z pomocy rzecznika przez pacjentów, ich rodziny, przedstawicieli ustawowych i opiekunów, miejscu i godzinach pracy rzecznika, danych adresowych (w tym numer telefonu, adres e-mail i adres do korespondencji pocztowej), zakresie działań rzecznika oraz ochronie danych osobowych w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta.

Jak poinformował Rzecznik Praw Pacjenta:

- działał on w Szpitalu od 2013 r. i zapewniono mu właściwe warunki do wykonywania zadań (w tym: wyposażone pomieszczenie biurowe umożliwiające swobodne rozmowy z petentami, dostępne dla osób z niepełnosprawnością ruchową),
- w latach 2017-2019 (do końca I kwartału) otrzymał cztery skargi dotyczące funkcjonowania Oddziału – trzy z nich uznał za bezzasadne³⁶, a w przypadku czwartej³⁷, wobec niemożności ustalenia stanu faktycznego, podjął działania prewencyjne i uzyskał potwierdzenie pacjenta, że sytuacja zmieniła się na lepsze,
- z własnej inicjatywy rozpoznawał m.in. sposób i przebieg stosowania przymusu bezpośredniego poprzez unieruchomienie pacjenta w łóżku, tryb przyjęcia nieletniego pacjenta bez zgody i sytuację w Oddziale w warunkach przepełnienia i nie stwierdził naruszania praw pacjenta,
- prowadził działania informacyjno-edukacyjne na temat praw pacjenta (14 spotkań grupowych),
- współpracował z rodzinami, opiekunami prawnymi i osobami bliskimi pacjentów, m.in. odpowiadając na udzielane zapytania, pomagając w przygotowaniu pism

³⁴ Dz. U. poz. 2459.

³⁵ Szpital nie przechowywał potwierdzeń zapoznania się pracowników z wcześniejszymi wersjami tej procedury.

³⁶ Skarga matki pacjentki na ograniczenie, a potem zakaz jej kontaktów z córką, skarga pacjentki na niezasadne zastosowanie przymusu bezpośredniego i skarga matki pacjentki na brak informacji i wymuszenie zgody na przyjęcie córki do Szpitala.

³⁷ Dotyczyła niewłaściwego zachowania sanitariuszy.

do dyrekcji Szpitala oraz udzielając porad prawnych (w kontrolowanym okresie otrzymał 15 zgłoszeń od osób bliskich pacjentów),

- współpracował z dyrekcją Szpitala oraz jego personelem.

(akta kontroli str. 291-299)

3.4. Sprawowanie opieki medycznej w Oddziale.

3.4.1. W kontrolowanym okresie do najczęściej diagnozowanych schorzeń małoletnich pacjentów Oddziału należały m.in.³⁸: inne mieszane zaburzenia zachowania i emocji (kod ICD10: F92.8 – 147 przypadków), zaburzenia adaptacyjne (kod: F43.2 – 138), depresyjne zaburzenia zachowania (F92.0 – 87), upośledzenie umysłowe lekkie, znaczne zmiany zachowania powodujące konieczność opieki lub leczenia (F.70.1 – 62), obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne (Z03 – 61), hiperkinetyczne zaburzenia zachowania (F90.1 – 54), zespół Aspergera (F84.5 – 50) oraz zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane (F41.2 – 39). W poszczególnych latach najczęściej diagnozowano:

- w 2017 r.: inne mieszane zaburzenia zachowania i emocji (75 przypadków), zaburzenia adaptacyjne (60), depresyjne zaburzenia zachowania (38), upośledzenie umysłowe lekkie, znaczne zmiany zachowania powodujące konieczność opieki lub leczenia (33), obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne (26), hiperkinetyczne zaburzenia zachowania (23), zespół Aspergera (20), epizod depresji umiarkowany (16), upośledzenie umysłowe umiarkowane, znaczne zmiany zachowania powodujące konieczność opieki lub leczenia (15), zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane (11);
- w 2018 r.: zaburzenia adaptacyjne (59), inne mieszane zaburzenia zachowania i emocji (55), depresyjne zaburzenie zachowania (43), obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne (28), hiperkinetyczne zaburzenie zachowania (27), upośledzenie umysłowe lekkie, znaczne zmiany powodujące konieczność opieki lub leczenia (27), zespół Aspergera (25), zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane (23), upośledzenie umysłowe umiarkowane, znaczne zmiany zachowania powodujące konieczność opieki lub leczenia (19), epizod depresyjny umiarkowany (18);
- w 2019 r.: zaburzenia adaptacyjne (19), inne mieszane zaburzenia zachowania i emocji (17), obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę (7), depresyjne zaburzenie zachowania (6), zespół Aspergera (5) i zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane (5).

(akta kontroli str. 300-302)

3.4.2. Jak wyjaśniła Ordynator Oddziału, proces kwalifikacji i diagnozowania pacjentów obejmował m.in.: badanie wstępne w izbie przyjęć Szpitala, badanie psychiatryczne w Oddziale, umieszczenie pacjenta w części obserwacyjnej lub ogólnej Oddziału (zależnie od jego stanu psychicznego i funkcjonowania), diagnostykę psychologiczną w Oddziale i zastosowanie właściwej terapii. Podała także, że metody leczenia farmakologicznego oraz propozycje ich zmiany omawiane były z rodzicem/opiekunem prawnym pacjenta, a zmiana następowała po uprzednim podpisaniu przez rodzica/opiekuna zgody na formularzu „Świadomej zgody na zastosowanie terapii lekiem poza wskazaniami rejestracyjnymi”³⁹.

(akta kontroli str. 410-414, 417)

³⁸ Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD10).

³⁹ Formularz ten zawierał m.in. oświadczenie lekarza odpowiedzialnego za zastosowanie leku poza wskazaniami rejestracyjnymi o omówieniu przedstawionych badań z pacjentem/opiekunem prawnym, z użyciem zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieleniu informacji dotyczących natury i znaczenia terapii oraz możliwych działań niepożądanych.

3.4.3. W latach 2017-2019 (do końca czerwca 2019 r.) w Oddziale nie zatrudniano rehabilitantów psychiatrycznych i fizjoterapeutów. Organizowano natomiast zajęcia terapii zajęciowej prowadzone przez wykwalifikowaną kadrę (terapeutów), wykazaną w umowie z NFZ. Z analizy dokumentacji medycznej 25 pacjentów Oddziału, hospitalizowanych w latach 2017-2019 (do końca maja), wynikało, że dla 24 z nich terapeuci opracowali indywidualne plany zajęć terapeutycznych, nie określając ich wymiaru czasowego. Zajęcia te były realizowane zgodnie z planem.

Pacjenci Oddziału uczestniczący w zajęciach terapeutycznych w latach 2017-2019 (do końca maja) nie otrzymywali nagród rzeczowych.

Ordynator Oddziału wyjaśniła, że konsultacje rodzinne prowadzone były zawsze, gdy w ocenie psychologa i lekarza prowadzącego, było to potrzebne i możliwe do wykonania. Podała także, że nie zawsze rodzice byli w stanie dojechać razem na takie spotkania (obowiązki zawodowe, trudności z dojazdem, duże odległości do Szpitala). Wyjaśniła również, że spotkania edukacyjne z rodzicami prowadzili lekarze i psycholog oraz, że w Oddziale nie prowadzono terapii rodzinnej z powodu braku psychologa z odpowiednimi kwalifikacjami.

(akta kontroli str. 74-77, 79-107, 303-312, 406-409)

3.4.4. W wyniku badania dokumentacji medycznej 25 pacjentów Oddziału hospitalizowanych w latach 2017-2019 (po 10 z lat 2017 i 2018 oraz pięciu w 2019 r.) stwierdzono m.in., że:

- 17 pacjentów przyjęto w trybie planowym, a ośmiu w trybie nagłym,
- 24 pacjentów zostało przyjętych do Szpitala po uprzednim wyrażeniu przez nich lub ich rodziców/opiekunów zgody na hospitalizację – wszystkie przyjęcia zostały poprzedzone badaniem lekarskim i wywiadem,
- w 24 przypadkach pisemną zgodę na pobyt pacjenta w Oddziale wyrażony został poprzez dokonanie przez jego rodzica/opiekuna wpisu w dokumentacji medycznej (w jednym przypadku zgoda taka nie była wymagana),
- 23 pacjentów uzyskało zgody na czasowe pobyty poza Szpitalem, wydane przez lekarza prowadzącego (łącznie wydano pozwolenia na 67 takich pobytów, zgodnie z obowiązującą w Szpitalu procedurą udzielania przepustek⁴⁰),
- 18 pacjentów brało udział w zajęciach terapeutycznych planowanych i realizowanych przez wykwalifikowaną kadrę (terapeutów), a 24 w zorganizowanym spędzaniu wolnego czasu w świetlicy znajdującej się w Oddziale,
- w żadnym przypadku nie dokonywano przeszukania rzeczy osobistych pacjentów, a wobec sześciu z nich (w wieku od 14 do 18 lat) zastosowano przymus bezpośredni polegający na unieruchomieniu pasami (łącznie 126 przypadków, dla których sporządzono w dniu zastosowania przymusu karty zastosowania przymusu bezpośredniego), a przyczynami jego zastosowania były agresja i autoagresja,
- w przypadku 16 pacjentów odnotowano prowadzenie zajęć edukacyjnych z ich rodzicami/opiekunami.

Ponadto, z analizy ww. dokumentacji wynikało, że prowadzona była ona zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzaju, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁴¹. Zawierała m.in. kody rozpoznania głównego, prawidłowe daty przyjęcia i wypisania ze Szpitala, opis rozpoznania klinicznego, zastosowanego

⁴⁰ Wprowadzona przez Dyrektora 28 czerwca 2016 r. zarządzeniem wewnętrznym nr 31/16.

⁴¹ Dz. U. poz. 2069.

leczenia, zleconych i przeprowadzonych badań i konsultacji, kart zleceń lekarskich oraz karty obserwacji, karty indywidualnej opieki pielęgniarstwa i przyczyny wypisania ze szpitala. Dołączono do niej karty informacyjne, a jej strony były ponumerowane. Wszystkie wpisy w dokumentacji były autoryzowane przez lekarzy, były czytelne i sporządzane w porządku chronologicznym. We wszystkich przypadkach pierwszego wpisu dokonano pierwszego dnia hospitalizacji pacjenta. Najdłuższa przerwa między wpisami wynosiła w jednym przypadku – jeden dzień, w sześciu – od dwóch do trzech dni, w 17 od czterech do siedmiu dni i w jednym – powyżej siedmiu dni).

(akta kontroli str. 304-321, 406-409)

4. Finansowanie świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

4.1. W kontrolowanym okresie kwoty na finansowanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży, przekazywane na podstawie umów z NFZ nie w pełni pokrywały koszty ich udzielenia, co skutkowało koniecznością zawierania przez Szpital ugód z NFZ. W 2017 r. wartość osobodnia wynikająca z umowy z NFZ wynosiła 243,00 zł w I półroczu i 247,86 zł w II półroczu, a rzeczywista wartość za ten rok wyniosła 268,32 zł. W 2018 r. było to odpowiednio: 262,08 zł i 277,80 zł oraz 288,55 zł, a w I kwartale 2019 r. – 277,80 zł i 297,37 zł.

Jak wyjaśnił Dyrektor, świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży rozliczane były w oparciu o wycenę jednego łóżka w Oddziale i dnia pobytu pacjenta, z uwzględnieniem środków żywnościowych i leków. Podał także, że w związku z tym Szpital nie prowadził wyceny poszczególnych jednostek chorobowych.

(akta kontroli str. 322-353, 401-405)

4.2. W latach 2017-2019 (do końca maja) w Szpitalu nie hospitalizowano osób małoletnich w oddziałach przeznaczonych dla dorosłych.

(akta kontroli str. 354)

4.3. W latach 2017-2019 (do końca maja) na Szpital nie nałożono kar umownych związanych z realizacją umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej udzielanej osobom małoletnim.

(akta kontroli str. 355)

5. Nadzór i kontrola.

W badanym okresie Oddział był kontrolowany przez:

- Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Olsztynie (dalej „PPIS”) – w listopadzie 2017 r. (nadzór przeciwepidemiczny) i w styczniu 2018 r. (zgodność wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej),
- Wydział Zdrowia Warmińsko-Mazurskiego Urzędu Wojewódzkiego w Olsztynie (dalej: „W-MUW”) – w listopadzie 2017 r. i w styczniu 2018 r. (zgodność wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży).

W wyniku kontroli przeprowadzonej w 2017 r. PPIS nie stwierdził nieprawidłowości, a po kontroli w 2018 r. wydał postanowienie⁴², w którym zaopiniował wpływ niespełniania przez Szpital wymagań w zakresie braku dostępu do łóżek z trzech stron, w tym dwóch dłuższych we wszystkich pokojach w oddziałach łóżkowych⁴³. Stwierdził w nim m.in., że zbyt gęste zagęszczenie łóżek występuje okresowo i jest

⁴² Postanowienie nr 10 z 31 stycznia 2018 r.

⁴³ W postanowieniu tym podano, że wykazana niezgodność z wymogami prawa nie powinna mieć wpływu na bezpieczeństwo pacjentów.

spowodowane zwiększonymi potrzebami w zakresie pomocy psychiatrycznej w formie hospitalizacji.

Kontrola W-MUW z listopada 2017 r. nie wykazała nieprawidłowości, natomiast w wyniku kontroli ze stycznia 2018 r. stwierdzono m.in., że nie każdy wpis w dokumentacji medycznej zawierał oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych (imię i nazwisko, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje i numer prawa wykonywania zawodu), a obsada pielęgniarska była „nieadekwatna do potrzeb pacjentów oraz realizowanych zadań” (nie podano jednak wyznacznika prawnego tego ustalenia). W-MUW zalecił niezwłoczne podjęcie działań w celu usunięcia stwierdzonych uchybień. Dnia 28 lutego 2019 r. Dyrektor poinformował W-MUW o tym, że norma zatrudnienia pielęgniarek została ustalona zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudniania pielęgniarek i położonych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, a 11 marca 2019 r., o tym, że personel Oddziału został bezzwłocznie zapoznany z regulacjami prawnymi dotyczącymi prowadzenia dokumentacji medycznej i podejmowane są działania zmierzające do zwiększenia liczby personelu pielęgniarskiego.

(akta kontroli str. 356-388)

6. Skargi na udzielanie świadczeń osobom małoletnim w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Z prowadzonego w Szpitalu rejestru skarg wynikało, że w latach 2017-2019 (do końca czerwca) wpłynęły trzy skargi dotyczące udzielania małoletnim świadczeń w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Przedmiotem pierwszej z nich (z 19 czerwca 2018 r., rozpatrzonej przez zastępcę Dyrektora do spraw leczenia) było aroganckie zachowania ordynatora Oddziału i uniemożliwienie kontaktu z pacjentem. Druga (z 2 stycznia 2019 r., rozpatrzona przez Dyrektora), dotyczyła sprostowania karty informacyjnej pacjenta. Trzecia, natomiast (z 15 marca 2019 r., rozpatrzona przez Dyrektora), odnosiła się do braku informacji o stanie zdrowia dziecka i dalszym planie leczenia oraz żądania wydania historii choroby⁴⁴.

Wszystkie ww. skargi, po uprzednim wyjaśnieniu ich przedmiotu, zostały uznane za bezzasadne. Odpowiedzi skarżącym udzielono niezwłocznie, tj. odpowiednio – 26 czerwca 2018 r., 10 stycznia 2019 r. i 20 marca 2019 r.

(akta kontroli str. 389)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

W dwóch salach Oddziału (jednej w części ogólnej z czterema łózkami i jednej w części obserwacyjno-diagnostycznej z czterema łózkami) nie zapewniono możliwości swobodnego dostępu do łóżek z dwóch stron, w tym jednej dłuższej i jednej krótszej. Było to niezgodne z § 18 pkt 2 i § 19 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁴⁵.

Dyrektor wyjaśnił, że sytuacja taka miała charakter przejściowy. Jego zdaniem, lepszym rozwiązaniem było wstawianie dodatkowych łóżek do sal chorych niż stawianie ich na korytarzach, co wpływałoby ujemnie na zapewnienie intymności i spauperyzowałoby poziom hospitalizacji. Zwrócił również uwagę na fakt, że sytuacja taka nie naruszała w istotny sposób zakresu zaspokajania potrzeb

⁴⁴ Skargę tę rozpatrywał także Rzecznik Praw Pacjenta i uznał ją za bezzasadną.

⁴⁵ Dz. U. poz. 595.

biopsychospołecznych pacjentów (wszyscy pacjenci byli osobami sprawnymi fizycznie i samodzielnie zaspokajającymi potrzeby fizjologiczne).

W trakcie kontroli Dyrektor oświadczył, że „ze względu na spadek liczby pacjentów (okres wakacyjny zwykle powoduje spadek liczby hospitalizacji) zlikwidowano dostawki powodując tym samym, że w sali nr 4 w części ogólnej oraz sali nr 1 w części obserwacyjnej łóżka ustawione są w sposób zapewniający swobodny dostęp do pacjenta z co najmniej dwóch stron (jednej dłuższej i jednej krótszej)”.

(akta kontroli str. 156-170, 398-400, 416)

IV. Uwagi i wnioski

Uwzględniając podjęte w trakcie kontroli działania, Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag ani wniosków.

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 Olsztynie. 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.

Olsztyn, 19 lipca 2019 r.

Kontrolerzy
Andrzej Sibierski
specjalista kontroli państwowej

Dyrektor Delegatury
Najwyższej Izby Kontroli w Olsztynie
z up. Piotr Wanic
wicedyrektor

.....
podpis

.....
podpis