



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP.410.007.01.2019

Pan Krzysztof Nazimek

Dyrektor

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi

ul. Wodociągowa 4

45-221 Opole

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

ul. Krakowska 28, 45-075 Opole

T +48 77 449 70 00, F +48 77 449 70 44

lop@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Jadwigi w Opolu ¹ , ul. Wodociągowa 4, 45-221 Opole
Kierownik jednostki kontrolowanej	Wojciech Nazimek, Dyrektor, od 1 lutego 2001 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Organizacja systemu diagnozowania i leczenia zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży
Okres objęty kontrolą	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 ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Opolu
Kontroler	Celina Augustyn, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/54/2019 z 16 maja 2019 r.

(akta kontroli str. 1-2)

¹ Dalej: Szpital. Do 20 lutego 2018 r. jednostka kontrolowana funkcjonowała jako Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Neuropsychiatryczny im. Św. Jadwigi w Opolu.

² Dz. U. z 2019 r. poz. 489, ze zm.; dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

System diagnozowania i leczenia zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży został w jednostce kontrolowanej zapoczątkowany w grudniu 1997 r. poprzez uruchomienie Oddziału Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży⁴. W okresie objętym kontrolą udzielanie świadczeń opieki psychiatrycznej odbywało się na podstawie dwóch umów, zawartych w grudniu 2016 r. oraz w lipcu 2018 r. z Opolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia⁵, określających sposób, tryb i zasady udzielania tych świadczeń oraz warunki finansowe. Umowy te zapewniły finansowanie świadczeń zdrowotnych w zakresie stacjonarnej opieki psychiatrycznej, jednak w każdym z badanych lat poziom tego finansowania nie wystarczał na pokrycie rzeczywistych kosztów opieki psychiatrycznej świadczonej w warunkach stacjonarnych i konieczne było jego zwiększanie. W latach 2017-2019 (do końca I półrocza) dostęp do opieki psychiatrycznej na rzecz małoletnich był zapewniony i nie podlegał ograniczeniom; nie wystąpiły też w okresie objętym kontrolą przypadki odmowy hospitalizacji z powodu braku miejsc w Oddziale. W związku z tym w jednostce kontrolowanej Szpitalu nie była prowadzona lista oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶. W jednostce kontrolowanej zatrudniano fachowy personel medyczny (specjalistów psychiatrów, psychologów oraz pielęgniarki), udzielający małoletnim pacjentom świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej. Liczba zatrudnionych w Oddziale lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży oraz pielęgniarek odpowiadała wymogom wynikającym z obowiązujących w tym zakresie przepisów, z postanowień umów zawartych z OOW NFZ oraz potrzebom prawidłowego udzielania świadczeń w Oddziale obejmującym 18 łóżek. Warunki bytowe pacjentów małoletnich, w tym wielkość i wyposażenie sal łóżkowych, odpowiadały wymogom wynikającym z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁷. W Oddziale poza przypadkami niedochowania szczegółowych zasad stosowania przymusu bezpośredniego respektowano prawa małoletnich pacjentów, wynikające z przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁸, co było następstwem systematycznych spotkań i edukacji zarówno personelu jak i pacjentów przez Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Badanie 25 indywidualnych dokumentacji medycznych wykazało, że sposób ich prowadzenia odpowiadał wymogom wynikającym z obowiązujących w tym zakresie przepisów, przy czym do października 2018 r. nie dochowywano wymogu numerowania stron tej dokumentacji. Najważniejsze ze stwierdzonych w kontrolowanej jednostce nieprawidłowości dotyczyły: a/ niewłaściwej organizacji pracy personelu pielęgniarskiego w okresie od kwietnia 2017 r. do połowy czerwca 2018 r., w szczególności polegającej na dopuszczeniu do pełnienia jednoosobowych dyżurów pielęgniarskich w godzinach popołudniowych i nocnych przez ratownika medycznego; b/ braku zapewnienia do kwietnia 2018 r. norm zatrudnienia pielęgniarek; c/ dopuszczenia do niezgodnego z procedurą wypełniania w psychiatrycznej Izbie Przyjęć załącznika pn. *Zawiadomienie o przyjęciu do*

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

⁴ Dalej: Oddział psychiatryczny dla dzieci lub Oddział.

⁵ Dalej: OOW NFZ.

⁶ Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, ze zm.

⁷ Dz. U. poz. 595.

⁸ Dz. U. z 2018 r. poz. 1878, ze zm.

szpitala psychiatrycznego⁹, należącego do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta przyjętego bez zgody; d/ zaniechania tworzenia indywidualnego planu rehabilitacji, jak i dokumentowania zrealizowanych zajęć stosownie do wymogów wynikających z obowiązujących w tym zakresie przepisów; e/ dopuszczenia do naruszenia zasad szczegółowych stosowania przymusu bezpośredniego poprzez stosowanie unieruchomienia w pokoju wieloosobowym zamiast w sposób umożliwiający oddzielenie pacjenta od innych osób; f/ braku zapewnienia, aby oceny stanu fizycznego osób, wobec których zastosowano przymus bezpośredni, dokonywały osoby do tego wyłącznie uprawnione.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca ponadto uwagę na pominięcie w wewnętrznych regulacjach działalności Szpitala (tj. w regulaminie organizacyjnym oraz przyjętych procedurach wewnętrznych) warunków udzielania pacjentom zgody na okresowe przebywanie poza szpitalem, co z powodu ogólnego zapisu przepisu art. 14 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, wymaga doprecyzowania.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częstkowe kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Organizacja systemu diagnozowania i leczenia zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży

Opis stanu
faktycznego

1. Szpital jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, wpisanym do prowadzonego przez Wojewodę Opolskiego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod nr 0000009416. Organizację i zasady funkcjonowania Szpitala określa jego statut nadany uchwałą Sejmiku Województwa Opolskiego nr XV/193/2012 z dnia 28 lutego 2012 r. w sprawie nadania statutu Wojewódzkiemu Specjalistycznemu Zespołowi Neuropsychiatrycznemu im. św. Jadwigi w Opolu (ze zm.). Treść statutu oraz struktura organizacyjna jednostki kontrolowanej wskazują na podstawowe zadanie szpitala, polegające na udzielaniu świadczeń zdrowotnych specjalistycznych z zakresu psychiatrii i neurologii, zarówno stacjonarnie jak i ambulatoryjnie, w tym na rzecz dzieci i młodzieży. Począwszy od grudnia 1997 r. jedną z jednostek organizacyjnych szpitala jest Oddział wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod poz. 10 z kodem identyfikacyjnym 4701.01 charakteryzującym specjalność komórki organizacyjnej jako oddział psychiatryczny (ogólny) dla dzieci. Ww. oddział dysponuje 18 łózkami (stan ten nie ulegał zmianom w całym kontrolowanym okresie), co odpowiada wpisowi w ww. rejestrze (w poz. określającej liczbę łóżek w komórce organizacyjnej). Nieprzerwanie od początku swojego funkcjonowania Oddział zapewniał małoletnim pacjentom dostępność do świadczeń stacjonarnej opieki psychiatrycznej.

(akta kontroli str. 8-43)

Oprócz statutu, katalog zadań poszczególnych jednostek/komórek organizacyjnych wchodzących w skład jednostki kontrolowanej szczegółowo określał regulamin organizacyjny¹⁰; w którym wskazano, że zadaniem oddziału psychiatrycznego dla dzieci jest zapewnienie przebywającym w Oddziale małoletnim całodobowej opieki lekarskiej, pielęgniarskiej i należytej obsługi, a ponadto zbadanie każdego przyjętego chorego dziecka, ustalenie rozpoznania i kierunku leczenia. W całym

⁹ Dalej; Zawiadomienie.

¹⁰ Stanowiący załącznik nr 1 do zarządzenia Dyrektora Szpitala nr 10/2016 z dnia 25 kwietnia 2016 r., zmienionego zarządzeniem nr 12/2019 z dnia 29 kwietnia 2019 r.

okresie objętym kontrolą¹¹ ww. oddziałem kierowała ordynator; będąca lekarzem specjalistą II stopnia w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

(akta kontroli str. 44-132)

2. W okresie objętym kontrolą obowiązywały kolejno dwie umowy zawarte z OOW NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj. nr 08R/10065/04/PSY/2017 (zawarta 30 grudnia 2016 r. i obowiązująca do 30 czerwca 2018 r.) oraz nr 08R/10065/04/PSY/18/2 (zawarta 3 lipca 2018 r. i obowiązująca do 30 czerwca 2023 r.).

(akta kontroli str. 559-748)

Przedmiotem ww. umów było określenie warunków realizacji świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w tym świadczeń finansowanych ze środków publicznych określonych w załączniku nr 1 do zarządzenia 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 uzależnień¹². Ponadto obie ww. umowy szczegółowo określały dostępność potencjału wykonawczego, tj. personelu (lekarzy, pielęgniarek, psychologów) wraz z dostępnością osoby personelu i jej kompetencjami; co odpowiadało warunkom realizacji świadczeń określonym w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień¹³. Dane dotyczące potencjału wykonawczego szpitala w tym zatrudnionych w Oddziale lekarzy wykazane zostały również w przekazanych do Ministerstwa Zdrowia sprawozdaniach podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie psychiatrycznej opieki stacjonarnej (MZ-30) za lata 2017-2018.

(akta kontroli str. 559-748, 549-558, 749-758)

W każdym z badanych lat udzielanie świadczeń zdrowotnych realizowanych w warunkach stacjonarnych wiązało się z przekroczeniem limitów, określonych w umowach zawartych z OOW NFZ, które wynosiły: a/ 1 162,9 tys. zł w 2017 r.; b/ 1 461,6 tys. zł w 2018 r. oraz c/ 320,5 tys. zł w I kwartale 2019 r. Natomiast wartość nadwykonań wyniosła odpowiednio: a/ 248,8 tys. zł w 2017 r.; b/ 259 571,49 zł w 2018 r. oraz c/ 196 632,80 zł w I kwartale 2019 r. Jak wskazała Kierownik Sekcji Ruchu Chorych i Statystyki Medycznej, w każdym roku koszty sprzedaży przewyższały wartość umowy, gdyż finansowanie przewidziane w zawartych z OOW NFZ umowach nie pokrywało kosztów udzielania świadczeń zdrowotnych.

(akta kontroli str. 546-547, 559-748, 783-786)

3. Liczba łóżek rzeczywistych w Oddziale psychiatrycznym dla dzieci wynosiła w całym badanym okresie 18 szt.¹⁴ I taką też ich liczbę wykazywano w sprawozdaniach MZ-30 za lata 2017-2018. Natomiast liczba łóżek faktycznych w 2018 r. była o 2 szt. większa od liczby łóżek rzeczywistych, co było spowodowane wykorzystaniem łóżek czasowo dostawionych na korytarzu Oddziału¹⁵. Nie było przypadków wyłączenia łóżek z eksploatacji. W latach 2017-2019 (I kwartał) liczba leczonych w Oddziale wraz z liczbą osobodni wyniosły odpowiednio: a/ 321

¹¹ Począwszy od 1 kwietnia 2003 r.

¹² Wcześniej obowiązywało zarządzenie Nr 56/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 czerwca 2016 r.

¹³ Dz. U. z 2013 r. poz. 1386, ze zm. Rozporządzenie to zostało z dniem 26 lipca 2019 r. zastąpione przez rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285).

¹⁴ Łóżko umieszczone na stałe w sali chorych z pełnym wyposażeniem, zaopatrzone w pościel i gotowe do przyjęcia chorego. Do tej liczby łóżek wliczono również łóżka czasowo dostawione, ale uwzględniając tylko te miesiące w roku, w których dostawione łóżka funkcjonowały pełny miesiąc.

¹⁵ Od 2018 r. cztery łóżka zostały dostawione w Oddziale.

pacjentów i 5 755 osobodni w 2017 r., b/ 359 pacjentów i 6 390 osobodni w 2018 r. oraz c/ 116 pacjentów i 1 794 osobodni w I kwartale 2019 r. Średnie wykorzystanie łóżek w poszczególnych latach¹⁶ wraz ze wskaźnikiem wykorzystania jednego łóżka w roku kalendarzowym, wyniosły w tych okresach: a/ 319,7 (87,6%) w 2017 r.; b/ 355 (97,3%) w 2018 r. Natomiast w I kwartale 2019 r. liczba chorych przypadających na 1 łóżko wynosiła 6,4 (27,3%) co stanowiło o wykorzystaniu łóżka na koniec I kwartału na poziomie 110%¹⁷. W każdym z badanych lat dominującą długością (czasem) hospitalizacji małoletnich pacjentów w Oddziale psychiatrycznym dla dzieci był okres do 14 dni (165 przypadków w 2017 r.; 187 przypadków w 2018 r. oraz 58 przypadków w 2019 r.). Na drugi pod względem liczby pacjentów czas hospitalizacji (od 15 do 30 dni) przypadało: a/ 108 osób w 2017 r.; b/ 120 w 2018 r. oraz c/ 37 w I kwartale 2019 r. Pozostali pacjenci tego oddziału byli hospitalizowani od 31 do 90 dni; liczby pacjentów najdłużej hospitalizowanych wynosiły odpowiednio: 47, 52 i 20, z kolei przypadki hospitalizacji powyżej 91 dni (do 180 dni) dotyczyły jednego pacjenta w 2017 r. i jednego pacjenta w 2019 r. Nie wystąpiły przypadki hospitalizacji małoletnich powyżej 180 dni.

(akta kontroli str. 135-135a, 549-558, 749-758)

4. W Szpitalu nie było kolejki oczekujących na przyjęcie do oddziału, w związku z czym nie był prowadzony rejestr osób małoletnich oczekujących na planową hospitalizację psychiatryczną. W okresie objętym kontrolą informacje sprawozdawcze, tzw. raporty list oczekujących (w przypadku Szpitala były to raporty zerowe), były przekazywane do OOW NFZ w cyklach tygodniowych wg stanu na piątek poprzedzający dany cykl rozliczeniowy. Te same informacje¹⁸ o liczbie oczekujących jednostka kontrolowana przekazywała w odniesieniu do każdego zakończonego miesiąca¹⁹ (nie później niż do 10 dni od zakończenia miesiąca), co odpowiadało wymogom wynikającym z przepisów art. 20 i art. 23 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Liczby pacjentów przyjętych do Oddziału po raz kolejny według stanu na koniec kolejnych ośmiu kwartałów lat 2017 i 2018 wynosiły od jednego²⁰ do sześciu²¹. W I kwartale 2019 r. 10 pacjentów przyjętych zostało po raz kolejny do oddziału psychiatrycznego dla dzieci.

(akta kontroli str. 234-237, 240-241)

Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala, liczba 18 łóżek w oddziale psychiatrycznym dla dzieci i znaczna liczba przyjęć nagłych (w trybie tzw. ostrodyżurowym) uzasadnia rezygnację z prowadzenia listy oczekujących na hospitalizację. Dyrektor Szpitala wyjaśnił: (...) *gdybyśmy prowadzili listę oczekujących (w sytuacji) nie byłibyśmy w stanie zapewnić miejsca tym oczekującym. Pacjenci oczekujący na przyjęcie, dla których ustalono termin to wyjątkowe, sporadyczne sytuacje, a ich czas oczekiwania na przyjęcie ustalany jest z rodzicami i wynosi od kilku dni do maksymalnie 2 tygodni*. Dyrektor Szpitala podkreślił ponadto, że lista oczekujących byłaby wymagana, gdyby oczekiwanie na przyjęcie w oddziale psychiatrycznym dla dzieci wynikało z braku miejsc. Tymczasem jest ono, zgodnie z wyjaśnieniami, wynikiem przyczyn leżących po stronie pacjenta (np. sytuacji rodzinnej, socjalnej).

(akta kontroli str. 234, 819-831)

¹⁶ Stosunek liczby osobodni do średniej liczby łóżek rzeczywistych.

¹⁷ Wykorzystanie łóżka w I kwartale 2019 r. wyniosło 27,3% w stosunku do całego roku; przekroczyło zatem plan i było wyższe niż w dwóch latach poprzednich według stanu na 31 marca każdego z badanych lat.

¹⁸ Zerowa liczba osób oczekujących w obu kolumnach raportu: *przypadki pilne* oraz *przypadki stabilne*.

¹⁹ Tzw. statystyki kolejki oczekujących.

²⁰ Według stanu na 30 czerwca 2017 r.

²¹ Według stanu na 30 czerwca 2017 r. i 30 września 2018 r.

5. Oględziny systemu teleinformatycznego Asseco Medical Management Solutions²², wykorzystywanego w jednostce kontrolowanej, wykazały że wybierana w ww. systemie podstawą przyjęcia wszystkich pacjentów do Oddziału były: a/ przyjęcie w trybie nagłym – inne przypadki (kod S.1.3) lub b/ przyjęcie w trybie nagłym – w wyniku przekazania przez ZRM (kod S.1.2)²³. Decyzje o przyjęciu do oddziału podejmował lekarz dyżurny ze specjalizacją w dziedzinie psychiatrii²⁴. Dostęp do systemu AMMS posiadali lekarze, pielęgniarki, uprawnieni pracownicy statystyki medycznej i ruchu chorych w zakresie ograniczonym do swoich zadań i zakresu obowiązków. Istniejący w ramach systemu AMMS moduł pn. *Księga oczekujących*, na dzień przeprowadzania oględzin pozostawał pusty (bez wpisów).
(akta kontroli str. 257-258, 471-480)

6. W okresie objętym kontrolą w *Księdze odmów i porad* (stanowiącej zbiorczą dokumentację medyczną prowadzoną w systemie AMMS przez lekarzy dyżurujących w Izbie Przyjęć) odnotowano łącznie 688 przypadków odmów przyjęcia do Oddziału (w tym: 283 w 2017 r., 313 w 2018 r. oraz 92 przypadki w 2019 r.). Rodzaje uzasadnień ww. odmów należały do trzech grup (wynikały z listy rozwijalnej modułu systemu AMMS), w tym najliczniejsza była grupa (obejmująca 644 przypadki) odmów z powodu „braku wskazań do hospitalizacji”; a kolejnymi grupami były: a/ „odmowa hospitalizacji po stronie pacjenta” (26 przypadków), b/ skierowanie do innego szpitala (12 przypadków) oraz c/ samowolne opuszczenie Izby Przyjęć (3 przypadki).
(akta kontroli str. 484-493)

Z 12 objętych szczegółowym badaniem²⁵ dokumentacji odmów przyjęcia zgłaszających się do Izby Przyjęć (psychiatrycznej) małoletnich pacjentów wynikało, że w zdecydowanej liczbie przypadków (10 z 12) przyczyną odmowy był „brak wskazań do hospitalizacji”, co oznaczało brak stanu zagrażającego życiu lub zdrowiu małoletniego lub innych osób, w przeciwieństwie do osób np. po próbach samobójczych, z zachowaniami autoagresywnymi lub zagrażającymi zdrowiu lub życiu innych osób. Dwa z 12 analizowanych przypadków odmów dotyczyły tej samej 16-letniej pacjentki, przywiezionej po próbie samobójczej przez Zespół Ratownictwa Medycznego – pacjentka ta nie została przyjęta do Oddziału pomimo dwóch skierowań (do tego Oddziału); z których pierwsze wystawił lekarz w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala Wojewódzkiego w Opolu z rozpoznaniem: „stan po samookaleczeniu (drugi epizod w ciągu kilku tygodni)”, a drugie skierowanie, z którym pacjentka zgłosiła się do Izby Przyjęć obejmowało rozpoznanie „Obserwacja w kierunku podejrzewanych zaburzeń umysłowych i osobowości”. Zarówno pierwsza, jak i druga odmowa przyjęcia do Oddziału (następujące w następujących po sobie dniach) daty nie były konsultowane z Ordynatorem Oddziału – była to decyzja lekarza dyżurującego w Izbie Przyjęć.
(akta kontroli str. 261, 263-266)

W okresie objętym kontrolą wystąpiły cztery przypadki²⁶ wypisu i ponownego przyjęcia tego samego pacjenta w krótkich odstępach czasu. W pierwszym przypadku, pacjent przyjęty 27 grudnia 2018 r. przebywał w Oddziale 20 dni i po

²² Dalej: AMMS.

²³ Pozostałe możliwe do wyboru tryby przyjęcia do szpitala: a/ Przyjęcie planowe na podstawie skierowania (S.1.6); b/ Przyjęcie przymusowe (S.2.10) oraz c/ Przyjęcie z innego szpitala (S.2.8).

²⁴ Dyżurów w Izbie Przyjęć nie pełnili lekarze oddziału psychiatrycznego dla dzieci.

²⁵ Księga odmów była prowadzona na Izbie Przyjęć wspólnie dla wszystkich zgłaszających się pacjentów; próba 12 dokumentacji została wyłoniona po wyselekcjonowaniu małoletnich pacjentów. W żadnym z 12 przypadków pacjenci z rejestru odmów nie byli wpisani do Księgi Głównej (dot. pacjentów przyjętych do Oddziału).

²⁶ Przypadki te dotyczyły pacjentów wielokrotnie hospitalizowanych, u których przynajmniej jedna hospitalizacja była objęta próbą badawczą.

trzech dniach od wypisu przyjęty został ponownie 17 stycznia 2019 r.²⁷ (druga hospitalizacja trwał 26 dni); w drugim przypadku pacjent po 41 dniach hospitalizacji, (od 17 sierpnia do 26 września 2018 r.) przyjęty został ponownie po 3 dniach²⁸ (kolejna hospitalizacja trwała 81 dni) w trzecim przypadku²⁹ po 25-dniowej hospitalizacji (od 11 września do 5 października 2018 r.), po 4 dniach pacjenta ponownie przyjęto (od 9 października do 9 listopada 2018 r.). W kolejnym przypadku wypis z Oddziału i ponowne przyjęcie pacjentki nastąpiły w tym samym dniu (w odstępie kilku godzin), przy czym pierwsza hospitalizacja trwała 34 dni (od 24 czerwca do 26 lipca 2017 r.) a druga – 37 dni (od 26 lipca do 31 sierpnia 2017 r.). Jak wyjaśnili Dyrektor Szpitala oraz Ordynator Oddziału, w tak krótkim czasie przyjmowani są pacjenci, np. z zaostrzeniami procesu psychotycznego, niewspółdziałający w leczeniu, np. po odstawieniu leków, bądź pacjenci z nasilonymi problemami wychowawczymi, z którymi nie radzą sobie instytucje, np. ośrodki szkolno-wychowawcze.

(akta kontroli str. 281-301, 471-480, 819-831)

7. W całym badanym okresie w jednostce kontrolowanej prowadzony był za pomocą systemu teleinformatycznego wspólny dla wszystkich komórek organizacyjnych *Rejestr osób przyjętych do szpitala psychiatrycznego*³⁰. Zawierał on m.in. dane identyfikujące pacjenta, podstawę prawną przyjęcia³¹, numer pacjenta w księdze głównej oraz datę i dane osoby dokonującej wpisu (tj. lekarza przyjmującego danego pacjenta w Izbie Przyjęć) zgodnie z wzorem określonym w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2012 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego³². Forma ww. rejestru pozostała niezmieniona po wejściu w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego³³, w którym to rozporządzeniu nie określono wzoru rejestru. Ponadto poza systemem teleinformatycznym prowadzony był rejestr pacjentów małoletnich przyjętych do Oddziału bez zgody³⁴. Po zakończeniu miesiąca wydrukowany rejestr z danymi tych pacjentów i podstawą prawną ich przyjęcia był autoryzowany przez Ordynatora Oddziału, która uznała taką praktykę za formę nadzoru nad prowadzeniem tego rejestru.

(akta kontroli str. 259-260, 349-362, 840-849)

8. Zasadą było przyjmowanie małoletnich do Oddziału po wyrażeniu zgody na hospitalizację poprzez złożenie podpisu przez małoletniego oraz/lub jego opiekuna prawnego³⁵ na dokumencie pn. *Zgoda na leczenie psychiatryczne*. W okresie objętym kontrolą wystąpiły 44 przypadki hospitalizacji małoletnich bez zgody wyrażonej przy przyjęciu do szpitala (w Izbie Przyjęć), w tym w 20 przypadkach przedmiotowa zgoda została wyrażona w trakcie hospitalizacji, co nie wyłączało takiego przypadku z obowiązku umieszczenia danych takich osób w ww. rejestrze (zgodnie z art. 30b ust. 1 pkt 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego). W każdym przypadku przyjęcia osoby małoletniej do szpitala wymagana była zgoda przedstawiciela ustawowego; w dwóch przypadkach przyjęcia do szpitala

²⁷ Pacjentka w okresie od 5 grudnia 2017 r. do 17 stycznia 2019 r. hospitalizowana była pięciokrotnie.

²⁸ Pacjentka w okresie od 3 lipca 2017 r. do 21 grudnia 2018 r. hospitalizowana była ośmiokrotnie.

²⁹ Pacjentka w okresie od 18 kwietnia 2018 r. do 2 kwietnia 2019 r. hospitalizowana była sześciokrotnie.

³⁰ Dalej: Rejestr Przyjęć.

³¹ Np. zapis „art. 23 – bez zgody” lub zapis „art. 24 –bez zgody”.

³² Dz. U. poz. 854.

³³ Dz. U. poz. 2475.

³⁴ Ewidencjonowanie w formie Rejestru przyjęć „bez zgody” należało do obowiązków sekretarki medycznej i było zapisane w procedurze pn. *Przyjęcie pacjenta do Oddziału psychiatrii /psychiatrii dla dzieci i młodzieży*.

³⁵ W przypadku osób poniżej 16 roku życia zgoda opiekuna prawnego była wystarczająca do przyjęcia do Szpitala małoletniego.

małoletnich, którzy nie pozostawali pod władzą rodzicielską (przebywający w placówce opiekuńczo-wychowawczej) na ich hospitalizację wyrażał zgodę wychowawca z tej placówki. Zarówno w *Rejestrze Przyjęć*, jak i w rejestrze prowadzonym w Oddziale poza systemem teleinformatycznym nie różnicowano, czy brak zgody dotyczył małoletniego powyżej 16 roku życia, czy brak zgody dotyczył małoletniego poniżej 16. roku życia). Przypadki hospitalizacji małoletniego w trybach innych niż „za zgodą”, tj. innych niż na podstawie art. 22 ust. 1 i ust. 1a ustawy o ochronie zdrowia psychicznego dotyczyły następujących trybów i pacjentów nimi objętych: a/ na podstawie art. 22 ust. 2 ww. ustawy – 4 przypadki (w tym 3 w 2017 r.; 1 w 2018 r.; b/ na podstawie art. 23 ust. 1 ww. ustawy – 23 przypadki (w tym 9 w 2017 r.; 9 w 2018 r. oraz 5 w I półroczu 2019 r.), c/ na podstawie art. 24 ust. 1 ww. ustawy – 16 przypadków (w tym 6 w 2017 r.; 4 w 2018 r. oraz 6 w I półroczu 2019 r.) lub d/ na podstawie art. 29 ust. 1 ww. ustawy – jeden przypadek w 2018 r.

(akta kontroli str. 258-260, 455-469)

W przypadkach umieszczenia małoletniego w szpitalu psychiatrycznym bez jego zgody, pielęgniarka lub ratownik medyczny w Izbie Przyjęć psychiatrycznej wypełniali załącznik do *Historii choroby*, złożony ze strony tytułowej z podstawą prawną przyjęcia „bez zgody”, przy czym odpowiednią podstawę prawną potwierdzał swoim podpisem lekarz dyżurujący (w dwóch przypadkach po konsultacji z drugim lekarzem) decydujący o przyjęciu na hospitalizację, co odpowiadało wymogom wynikającym z art. 23 ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Załącznik do *Historii choroby* zawierał ponadto dwa zawiadomienia o przyjęciu bez zgody do Szpitala; pierwsze kierowane do Dyrektora oraz drugie – kierowane do sądu opiekuńczego (zgodnie z wymogiem wynikającym z art. 23 ust. 4 ww. ustawy). W niektórych przypadkach załącznik do *Historii choroby* zawierał oprócz postanowienia sądu w przedmiocie przyjęcia osoby do szpitala bez jej zgody wydane w tej sprawie przez sąd opiekuńczy inne postanowienia (np. w przedmiocie ograniczenia władzy rodzicielskiej jednego lub obu rodziców małoletniego pacjenta). Nie wystąpiły przypadki wydania postanowienia o braku podstaw do przyjęcia.

W jednym przypadku małoletni pacjent został przyjęty w trybie art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (w trybie wnioskowym), co było uzasadnione potrzebą przyjęcia do szpitala psychiatrycznego. Przyjęcie do szpitala nastąpiło po przeprowadzonym postępowaniu sądowym – Sąd Rejonowy w Kędzierzynie-Koźlu – Wydział III Rodzinny i Nieletnich postanowił o natychmiastowym umieszczeniu małoletniego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym³⁶, co uzasadnił opinią dwóch lekarzy psychiatrów i psychologa z Krajowego Ośrodka Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie. Do wniosku nie dołączono przedmiotowych opinii.

(akta kontroli str. 259-260, 349-362)

W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły przypadki hospitalizacji małoletnich na innych podstawach niż wynikające z przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W jednej z objętych analizą hospitalizacji pacjentka została zatrzymana w Szpitalu bez zgody. Dotyczyło to sytuacji, w której pacjentka opuściła Oddział (po wypisie)³⁷ i po kilku godzinach ponownie przywieziona została do szpitala przez zespół ratownictwa medycznego. Pacjentka wycofała zgodę udzieloną w trakcie pierwotnego przyjęcia (24 czerwca 2017 r.), a tym samym została zatrzymana w Szpitalu bez swojej zgody. Lekarz Oddziału decydująca

³⁶ Uprzednio przebywała na mocy postanowienia sądu opiekuńczego z 6 marca 2018 r. w Krajowym Ośrodku Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie.

³⁷ Z treści ostatniego wpisu lekarza prowadzącego w stanie częściowej poprawy (pobyt trwał od 24 czerwca 2017 r. do 26 lipca 2017 r.).

o zatrzymaniu pacjentki w Szpitalu zawiadomiła o zastosowanym trybie Dyrektora oraz właściwy sąd opiekuńczy.

(akta kontroli str. 259-260)

9. Przyjęta organizacja Oddziału zapewniała realizację zadań wskazanych w § 13 pkt 1-12 Regulaminu organizacyjnego zarówno w odniesieniu do procesu diagnostyczno-terapeutycznego (tj. ustalenia rozpoznania i kierunku leczenia), jak i prowadzenia pracy dydaktyczno-wychowawczej (tj. zapewnienia zajęć lekcyjnych i wychowawczych).

Według stanu na 31 grudnia 2017, 31 grudnia 2018 r. oraz 31 marca 2019 r. na podstawie umów o pracę w Oddziale zatrudnionych:

a/ było trzech lekarzy specjalistów z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży, w tym dwóch specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży³⁸ oraz Ordynator Oddziału będąca lekarzem specjalistą II stopnia w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży; b/ dziewięć, a począwszy od lipca 2018 r. – 11 pielęgniarek³⁹, c/ czterech psychologów (tj. 75% obsady psychologicznej Oddziału), d/ jeden sanitariusz oraz e/ jeden ratownik medyczny (do lipca 2018 r.) na podstawie umów cywilnoprawnych (zleceń) według stanu na 31 grudnia 2017 r., 31 grudnia 2018 r. i 31 marca 2019 r. w Oddziale zatrudnionych było trzech terapeutów⁴⁰ oraz jeden psycholog.

(akta kontroli str. 134-190, 236-239)

Ordynator Oddziału zatrudniona była w wymiarze 26,45 h tygodniowo (tj. 0,71 etatu), a pozostałych dwóch lekarzy specjalistów świadczyło pracę w Oddziale w wymiarze odpowiednio 32,20 h tygodniowo (tj. 0,85 etatu) oraz 26,55 h tygodniowo (tj. 0,71 etatu). Zarówno liczba zatrudnionych lekarzy specjalistów jak i czas ich pracy w Oddziale⁴¹ odpowiadały warunkom realizacji świadczeń psychiatrycznych gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych. Łączny wymiar zatrudnienia lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży oraz lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży wyniósł 2,27 etatu, co zapewniało dochowanie wymogu wynikającego z załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

(akta kontroli str. 236-239, 859-881)

Lekarze ze specjalizacją w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży byli dostępni dla pacjentów Oddziału w dni robocze od poniedziałku do piątku (od 7:35 do 14:35⁴²). W soboty, niedziele i święta, lekarze specjaliści z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży nie byli obecni. Opiekę nad małoletnimi pacjentami w dni wolne od pracy oraz po południu i w nocy zapewniali (w razie konieczności interwencji lekarza⁴³) lekarze psychiatry dyżurujący w Izbie Przyjęć według harmonogramu „*Lekarze psychiatry – Harmonogram wspomagający*”⁴⁴. Ordynator Oddziału ustaliła ustnie ze wszystkimi lekarzami, którzy dyżurują w Izbie Przyjęć psychiatrycznej generalną zasadę, że do Oddziału są przyjmowani pacjenci z bezwzględnymi wskazaniami,

³⁸ Jeden z lekarzy uzyskał w okresie kontrolowanym (31 grudnia 2018 r.) tytuł specjalisty w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży (wcześniej lekarz w trakcie specjalizacji).

³⁹ Według stanu na koniec 2018 r. stan zatrudnionego personelu pielęgniarskiego wynosił 11, gdyż w lipcu 2018 r. ratownik medyczny uzyskał uprawnienia pielęgniarki, a tym samym przestał pracować na stanowisku ratownika medycznego.

⁴⁰ Wszyscy terapeuci przeprowadzający zajęcia w Oddziale - na podstawie umowy cywilnoprawnej. Z kolei zatrudnieni na podstawie umów o pracę terapeuci byli przypisani do Oddziału Dziennego Psychiatrii.

⁴¹ Pozostały czas pracy (różnica) był przeznaczony na pracę w Poradni Zdrowia Psychicznego na terenie Szpitala.

⁴² Lekarza dzielili swój czas pracy pomiędzy Oddział i Poradnię Zdrowia Psychicznego.

⁴³ Przykładem takiej konieczności było np. zlecenie zastosowania przymusu bezpośredniego.

⁴⁴ Każdy Oddział przygotowywał ponadto *Harmonogram podstawowy* uwzględniający dyżury nocne lub/i dyżury w Izbie Przyjęć.

tzn. z zaburzeniami psychotycznymi, zaburzeniami afektu, w przypadku zaburzeniami, odżywiania z bardzo niską masą ciała albo odmawiający przyjmowania pokarmów, z utrzymującymi się myślami i tendencjami samobójczymi.
(akta kontroli str. 261, 549-552, 859-881)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wskazując przyczynę niepełnienia przez lekarzy zatrudnionych w Oddziale dyżurów w Izbie Przyjęć, w tym dyżurów nocnych, pomimo że dyżury takie były przewidziane w Regulaminie organizacyjnym wyjaśniła: *Uwzględnienie lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży w harmonogramie dyżurów lekarskich w Izbie Przyjęć przy dotychczasowej obsadzie (2-3 lekarzy) jest niemożliwe. Pełnienie dyżurów przez tych lekarzy w Izbie przyjęć zdeorganizowałoby pracę w oddziale psychiatrii dziecięcej oraz poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży. Przez wiele lat obsada oddziału psychiatrii dla dzieci i młodzieży była dwuosobowa. Lekarze oddziału oprócz prowadzenia pacjentów w oddziale, zapewniają obsadę poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży czynną 3 razy w tygodniu. Zobowiązanie tych pracowników dodatkowo jeszcze do pełnienia dyżurów w Izbie Przyjęć to prosta droga do pozbycia się tych pracowników i zamknięcia tej działalności. Regulamin jest dokumentem planowanym na długi okres i zakłada optymistyczną wersję, że przy odpowiednim zwiększeniu zatrudnienia lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, w przyszłości będzie możliwe pełnienie takich dyżurów. Wszystkie grafiki pracy lekarzy zatwierdzała Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa.*

(akta kontroli str. 58-59, 107-108, 888-891)

10. Wszystkie osoby wchodzące w skład personelu pielęgniarskiego Oddziału zatrudnione były w pełnym wymiarze czasu pracy (tj. 37,55 h tygodniowo) i w całym objętym kontrolą okresie posiadały kwalifikacje określone w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych⁴⁵. Według stanu dzień zakończenia kontroli cztery osoby spośród personelu pielęgniarskiego posiadały licencjat pielęgniarstwa, pięć – wykształcenie średnie zawodowe lub policealne medyczne. Dodatkowo trzy pielęgniarki legitymowały się posiadaniem specjalizacji (w zakresie pielęgniarstwa zachowawczego, onkologicznego i pediatricznego).

(akta kontroli str. 236-239, 518-533)

Zapewnienie wystarczającej (niezbędnej do opieki nad małoletnimi pacjentami) liczby personelu pielęgniarskiego należało do zakresu zadań Naczelnej Pielęgniarki Szpitala oraz Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału. W listopadzie 2017 r. Naczelna Pielęgniarka przedstawiła Dyrektorowi zestawienie stanu zatrudnienia pielęgniarek we wszystkich oddziałach z obowiązującymi w tym zakresie minimalnymi normami zatrudnienia; co w przypadku Oddziału psychiatrycznego dla dzieci wykazało niedobór wynoszący 0,84 etatu. Sposób wyliczenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w Szpitalu został pozytywnie zaopiniowany w grudniu 2017 r. przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Opolu. W okresie od marca do maja 2018 r. przy obsadzie dyżurów pielęgniarskich wykorzystywano cztery osoby (stanowiące obsadę karetki) niezatrudnione w Oddziale, w tym dwóch ratowników medycznych nieposiadających kwalifikacji pielęgniarskich. Ponadto ratownik medyczny do połowy 2018 r.⁴⁶ wykonywał dyżury nocne (również jednoosobowe) jako jedyna osoba spośród zatrudnionego w Oddziale personelu medycznego.

(akta kontroli str. 762-782, 855-881, 909-919)

⁴⁵ Dz. U. Nr 151, poz. 896.

⁴⁶ W lipcu 2018 r. uzyskał uprawnienia pielęgniarza.

Zgodnie z wymogiem wynikającym z § 17 ust. 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁴⁷, wpisy w *Karcie indywidualnej opieki pielęgniarstwa* powinny być dokonywane przez pielęgniarkę sprawującą opiekę nad pacjentem, a wpisy o wykonaniu zlecenia czynności pielęgniarstwa powinny być dokonywane przez osobę realizującą plan opieki. Natomiast wpisy w *Karcie indywidualnej opieki pielęgniarstwa* (Przebieg pielęgnacji) stanowiącej część *Historii choroby* do czerwca 2018 r. były dokonywane oprócz pielęgniarek również przez ratownika medycznego.

Jak wyjaśniła Ordynator Oddziału, ratownik medyczny sprawujący dyżur nocny musiał dokonać wpisu informacji dotyczących czynności i obserwacji; sytuacji takiej nie było w przypadku dyżurów sprawowanych łącznie z pielęgniarką.

(akta kontroli str. 769-772)

W kwietniu 2018 r. została zatrudniona w pełnym wymiarze dodatkowa pielęgniarka, co zapewniło spełnienie warunków realizacji świadczeń psychiatrycznych gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych, o których mowa w przepisach rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Odstępstwa od ww. wymogów, które dotyczyły okresu od 1 stycznia 2017 r. do 1 kwietnia 2018 r. zostały szczegółowo opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 503-519, 762-782)

11. Z udziałem pacjentów Oddziału przeprowadzono po 251 zajęć terapeutycznych w latach 2017-2018 oraz 63 takie zajęcia w I kwartale 2019 r.. Zajęcia dla pacjentów Oddziału prowadzili psycholodzy oraz wykwalifikowani instruktorzy terapii zajęciowej, przy czym w części były to zajęcia łączone z pacjentami dorosłymi (w ich ramach odbywały się m.in. rehabilitacja ruchowa, zajęcia plastyczne, zajęcia z ceramiki lub stolarstwa⁴⁸, relaksacja oraz inne formy⁴⁹ rehabilitacji). W okresie objętym kontrolą zawarto z dwoma terapeutami trzy kolejne jednoroczne umowy zlecenia dotyczące: a/ prowadzenia zajęć teatralno-terapeutycznych⁵⁰; b/ prowadzenia zajęć w pracowni ceramiki⁵¹. Ponadto z jednym terapeutą zawarto umowę zlecenia na okres jednego roku (od 1 stycznia do 31 grudnia 2019 r.) na prowadzenie zajęć rysunku i malarstwa w pracowni plastycznej.

W widocznym miejscu w Oddziale umieszczony był tygodniowy rozkład zajęć terapeutycznych, z którego wynikało, że oferta zajęć była przeznaczona także dla grupy małoletnich pacjentów.

(akta kontroli str. 236-238, 404-405, 920-941)

12. Stan zatrudnienia psychologów odpowiadał warunkom realizacji świadczeń psychiatrycznych gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych, określonym w przepisach rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Zasoby kadrowe Szpitala, w tym personel inny niż medyczny (tj. psycholodzy i terapeuci) były zgodne w okresie objętym kontrolą z wymaganiami wynikającymi z umów zawartych z OOW NFZ.

(akta kontroli str. 236-238, 549-758)

13. Przeprowadzanie badań psychologicznych, przygotowywanie opinii psychologicznej, prowadzenie terapii indywidualnej i grupowej (psychoterapii)

⁴⁷ Dz. U. poz. 2069.

⁴⁸ Pacjenci mogli korzystać w tym celu z pracowni terapeutycznych na terenie szpitala; były to pracownia plastyczna, ceramiczna, stolarnia.

⁴⁹ W krótkim okresie (od maja do października 2018 r. odbywały się np. zajęcia z hipoterapii

⁵⁰ W wymiarze 3 razy w tygodniu po 1,5 h

⁵¹ W wymiarze 2 razy w tygodniu do 60 h.

pacjentów hospitalizowanych w Oddziale należało od zespołu czterech psychologów, z których jeden był odpowiedzialny za koordynowanie pracy całego zespołu zatrudnionych w Oddziale⁵² psychologów i psychoterapeutów. W ramach psychoterapii odbywały się m.in. trening relaksacyjny Jacobsona (zajęcia przeznaczone dla osób z zaburzeniami odżywiania), rozmowy indywidualne z psychologiem (obejmujące wszystkich pacjentów), zajęcia ogólnorozwojowe w małej grupie, zajęcia psychoedukacyjne z elementami socjoterapii, warsztaty grupowe dotyczące zróżnicowanej tematyki (m.in. psychorysunek). Pacjenci z kategorią opieki I i II (również kategoria II bez wyjścia)⁵³ uczestniczyli w zajęciach ogólnorozwojowych w małej grupie z psychologiem oraz artefaterapeutą, ukierunkowanych na stymulowanie rozwoju poznawczego, społecznego i emocjonalnego. Pracujący z pacjentami psychologowie brali udział w zebraniach personelu terapeutycznego w celu ustalenia lub weryfikacji planów diagnostyczno-terapeutycznego poszczególnych pacjentów. Dodatkowo odbywały się zebrania personelu Oddziału (w których uczestniczyła również Ordynator Oddziału) z nauczycielami szkoły przyszpitalnej, w trakcie których omawiane były zachowanie i zaangażowanie (lub jego brak) małoletnich w pracę na lekcjach.

(akta kontroli str. 169-183, 236-237, 302-309a, 549-753, 943-948)

14. W odniesieniu do oddziałów psychiatrycznych w okresie objętym kontrolą została przeprowadzona jedna kontrola sanitarno-epidemiologiczna⁵⁴ oraz dwie kontrole sędziego wizytatora sądu opiekuńczego (w 2017 r.⁵⁵ i 2018 r.). Zakres kontroli sędziego wizytatora w Oddziale obejmował wybrane zagadnienia wymienione w art. 43 ust. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Wyniki ww. kontroli nie ujawniły żadnych nieprawidłowości w funkcjonowaniu Oddziału.

(akta kontroli str. 207, 494-499)

15. Oględziny Oddziału psychiatrycznego dla dzieci⁵⁶ potwierdziły spełnienie wymagań odnoszących się do pomieszczeń i urządzeń oddziału psychiatrycznego, wynikających z przepisów rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Drzwi wejściowe do Oddziału zostały zabezpieczone (poprzez zamknięcie ich na klucz) w sposób uniemożliwiający jego niekontrolowane opuszczenie. W Oddziale znajdowały się cztery pokoje łóżkowe, w tym dwa sześciuosobowe, jeden czteroosobowy oraz jeden dwuosobowy, który dodatkowo pełni rolę tzw. izolatki⁵⁷ wykorzystywanej do wykonywania przymusu bezpośredniego. Prócz tego na korytarzu ustawione były cztery dodatkowe łóżka, które w dniu oględzin były puste. Niezależnie od liczby łóżek w pokojach, łóżka pacjentów o szer. 90 cm lub 70 cm dostępne były z trzech stron, w tym z dwóch stron dłuższych, a odstępy między łóżkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów. Szerokość pokoju łóżkowego (wynosząca co najmniej 100 cm) umożliwiała wyprowadzenie łóżka. Obserwacja wszystkich sal wieloosobowych oraz pokoju z dwoma łóżkami (tzw. izolatki) była możliwa na podstawie systemu monitoringu. W Oddziale znajdowały się pokój psychologa oraz pomieszczenie (sala) przeznaczone na zajęcia psychoterapeutyczne dla pacjentów. W widocznym

⁵² W kontrolowanym okresie funkcję kierownika – głównego psychologa sprawowała do 20 grudnia 2017 r. osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę. Od 1 stycznia 2018 r. zatrudniono (umowa zlecenia) koordynatora zespołu psychologów.

⁵³ Przy kwalifikowaniu pacjenta do danej kategorii opieki (zabezpieczenie opieki pielęgniarzkiej) bierze się pod uwagę jego stan zagrażający własnemu bezpieczeństwu i osób trzecich). Dlatego każdy pacjent co do zasady przy przyjęciu ma kategorię wyższą (II lub III), po czym ulega ona obniżeniu do I w celu umożliwienia uczestniczenia w zajęciach oferowanych pacjentom poza oddziałem.

⁵⁴ Protokół kontroli Nr HK 4050.5.6.2019.KS. z 15 maja 2019 r.

⁵⁵ Kontrola w 2017 r. nie objęła oddziału dla dzieci i młodzieży.

⁵⁶ Przeprowadzone 14 czerwca 2019 r. W oddziale przebywało wtedy 15 pacjentów.

⁵⁷ W dniu oględzin cztery łóżka (puste) były ustawione na korytarzu.

miejscu była umieszczona tablica informująca o prawach pacjenta, w tym pacjenta szpitala psychiatrycznego, jak również wskazane tam były informacje o dostępności Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. W dniu oględzin w Oddziale przebywało 15 pacjentów. Zgodnie z oświadczeniem Pielęgniarki Oddziałowej przy rozmieszczeniu pacjentów w pokojach łóżkowych poza kryterium płci jest uwzględniana jednostka chorobowa (rozpoznanie wstępne); zasadą jest, iż nie umieszcza się w tej samej sali pacjentów o skrajnie różnych zaburzeniach (np. depresja i nasilona agresja).

Oględziny Oddziału potwierdziły ponadto spełnienie warunków wynikających z aktualnie obowiązującej umowy zawartej z OOW NFZ w części dotyczącej sprzętu i personelu.

(akta kontroli str. 807-818)

16. W całym skontrolowanym okresie pacjentom Oddziału wyrażono łącznie 121 zgód na okresowe przebywanie poza Szpitalem na tzw. przepustkach. W poszczególnych latach objętych kontrolą takich zgód udzielali lekarze prowadzący, którym to lekarzem dla części pacjentów była Ordynator Oddziału. I tak, w 2017 r. z łącznej liczby 45 przepustek Ordynator udzieliła 11; w 2018 r. – z 56 przypadków przepustek udzieliła ich w 24 przypadkach a w I półroczu 2019 r. wydała taką zgodę w 11 z 20 przypadków. W 11 z 25 badanych hospitalizacji pacjenci korzystali z przepustek (tj. prawa do jedno lub kilkudniowego przebywania poza Szpitalem) wydawanych przez lekarzy prowadzących, w tym wielokrotną zgodę w badanym okresie uzyskiwało 5 pacjentów w 2017 r.; 10 – w 2018 r. oraz 2 – w I kwartale 2019 r. Każde okresowe przebywanie poza Szpitalem było ewidencjonowane w systemie AMMS ze wskazaniem pacjenta, czasu trwania przepustki i lekarza udzielającego zgody.

(akta kontroli str. 481-483)

W Oddziale nie obowiązywały wewnętrzne uregulowania dotyczące warunków szczególnych lub zasad odnoszących się do udzielania pacjentowi zgody na okresowe przebywanie poza Szpitalem lub procedury udzielania przepustek. Jak wyjaśniła Ordynator Oddziału, obserwacja zachowania pacjenta przez rodzica/opiekuna w trakcie trwania przepustki była częścią procesu terapeutycznego; dlatego przepustki były udzielane w każdym przypadku przyznania pacjentowi I kategorii opieki, przy czym czas trwania przepustek nie przekraczał 72 h.

(akta kontroli str. 262, 834-837)

W Oddziale nie stosowano odrębnych zasad udzielania przepustek pacjentom małoletnim, którzy zostali przyjęci do Oddziału z powodu prób samobójczych. W indywidualnych dokumentacjach medycznych pacjentów małoletnich nie praktykowano wpisu, iż w chwili udzielenia przepustki lekarz dokonał oceny ryzyka samobójstwa i że takie ryzyko nie występuje, pomimo iż dokumentowanie oceny ryzyka w tym zakresie stanowi jedną z zasad ujętych w zaleceniach Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii w *sprawie udzielania przepustek na okresowe przebywanie pacjentów szpitala psychiatrycznego poza szpitalem*⁵⁸.

17. W całym okresie objętym kontrolą był prowadzony w Szpitalu (łącznie dla wszystkich oddziałów Szpitala, tj. neurologicznych i psychiatrycznych) rejestr zdarzeń niepożądanych, w którym w odniesieniu do Oddziału odnotowano następujące liczby zdarzeń: w 2017 r. – trzy zdarzenia; w 2018 r. – pięć zdarzeń oraz w 2019 r. (do dnia kontroli NIK⁵⁹) – trzy zdarzenia. Rejestr prowadził pracownik służby bezpieczeństwa i higieny pracy w Szpitalu. Wzór rejestru odpowiadał

⁵⁸ Psychiatria Polska, 2018, nr 52(6), str. 1127-1132.

⁵⁹ Stan na 10 czerwca 2019 r.

załącznikowi nr 2 do procedury wewnętrznej pn. *Postępowanie w przypadku wystąpienia zdarzenia niepożądanego* od lutego 2015 r. (zmienionej w czerwcu 2019 r.) i zatwierdzonej przez Dyrektora.

(akta kontroli str. 384-403, 269-271)

Szczególne (zakończone śmiercią pacjentki Oddziału) zdarzenie niepożądane polegające na odebraniu sobie życia dotyczyło 13-letniej pacjentki. Pacjentka z rozpoznaniem: *mieszane zaburzenia zachowania i emocji*, przyjęta była 7 dni wcześniej do Oddziału i w ciągu kilku dni hospitalizacji miała zmienioną kategorię opieki na pierwszą, czyli umożliwiającą wyjścia na spacer z wychowawcami, rodzicem lub upoważnionym dorosłym członkiem rodziny⁶⁰; w czasie takiego wyjścia miało miejsce samobójstwo małoletniej pacjentki. Za monitorowanie przebiegu hospitalizacji przed wystąpieniem zdarzenia niepożądanego odpowiadała Ordynator Oddziału, która wyjaśniła: (...) *sama zmieniałam kategorię na niższą; byłam lekarzem prowadzącym, potem ze względu na urlop (długi weekend majowy) zastąpił mnie inny lekarz. Zmiana kategorii wynikała stąd, że pacjentka nie wykazywała choroby psychicznej ani myśli samobójczych. Zmiana kategorii na niższą wynika z rozpoznania; osoby z rozpoznaniem choroby psychicznej i wymagające intensywnego leczenia będą miały kategorię trzecią dłużej; to samo dotyczy pacjentów autoagresywnych. Pacjenci wypowiadający myśli samobójcze i tacy, których zachowanie wskazuje, że takie myśli mogą występować (np. gromadzenie niebezpiecznych przedmiotów, napisanie listu o określonych treściach). U tej konkretnej pacjentki takich objawów nie odnotowano, w związku z czym podjęłam decyzję o możliwości wyjścia na podstawie kategorii pierwszej.*

(akta kontroli str. 269-273, 769-772)

18. W latach 2017-2019 (do końca I półrocza) zastosowano łącznie 79 razy przymus bezpośredni, w tym w formie unieruchomienia pasami magnetycznymi 77 razy oraz dwa razy w formie przytrzymania lub przymusowego podania leków.

W 2017 r. przymus bezpośredni zastosowano łącznie w 44 przypadkach u ośmiu pacjentów, przy czym 24 przypadki zastosowania przymusu bezpośredniego wystąpiły u jednego pacjenta w trakcie trzech odrębnych hospitalizacji. W kolejnym roku liczba przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego (unieruchomienia pasami magnetycznymi) obniżyła się i wyniosła 33 przypadki, przy czym 11 przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego wystąpiło u jednego pacjenta w trakcie czterech odrębnych hospitalizacji. W I półroczu 2019 r. były dwa przypadki zastosowania przymusu bezpośredniego (w tym jeden w formie przytrzymania w celu podania leku; drugi w formie unieruchomienia).

(akta kontroli str. 236-237, 312-340, 455-466, 500-503, 902-905)

Rejestr przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego prowadzony był w Oddziale za każdy miesiąc odrębnie i po zakończeniu miesiąca przedkładany był do autoryzacji przez Ordynator Oddziału. Forma rejestru (tabeli) obowiązywała w niezmienionej postaci jako zał. nr 3 do procedury pn. *Stosowanie przymusu bezpośredniego*. W treści rejestru znajdowały się następujące dane: a/ data zastosowania, b/ imię i nazwisko pacjenta, c/ Nr Księgi Głównej, d/ data rozpoczęcia przymusu, e/ data zakończenia przymusu, f/ nazwisko (osoby) lekarza zlecającego. Na podstawie badania kart przymusu bezpośredniego (12 dokumentacji⁶¹ dotyczących 12 pacjentów Oddziału) stwierdzono, że: a/w 11 przypadkach zastosowano unieruchomienie w postaci pasów magnetycznych; w jednym przypadku przytrzymanie w celu podania leków; b/ najmłodszy pacjent wobec którego zastosowano przymus bezpośredni miał 12 lat, a najstarszy – 17 lat;

⁶⁰ W tym przypadku upoważnionym na piśmie przez matkę był dziadek pacjentki.

⁶¹ W tym siedem dokumentacji z 2017 r. oraz pięć z 2018 r.

c/ zastosowanie ww. środków przymusu nastąpiło w stosunku do ośmiu dziewczynek i czterech chłopców; d/ przyczynami zastosowania przymusu bezpośredniego były każdorazowo agresja czynna w stosunku do personelu i/lub współpacjentów (np. duszenie, kopanie współpacjenta); w innych przypadkach dodatkową przyczyną była autoagresja (dwa przypadki) lub niszczenie sprzętu szpitala (jeden przypadek).

(akta kontroli str. 268, 311-340, 500-503, 902-905)

Podstawa i uzasadnienie zastosowania przymusu bezpośredniego we wszystkich zbadanych przypadkach wynikały z art. 18 ust. 1 pkt 1a oraz ust. 1 pkt 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Decyzję o zleceniu wykonania przymusu wydawał lekarz Oddziału, lekarz dyżurujący⁶² lub pielęgniarka. W przypadku zlecenia przymusu przez pielęgniarkę⁶³ (we wszystkich przypadkach odbywało się to poza godzinami pracy lekarzy Oddziału) w dokumentacji odnotowywano fakt zawiadomienia dyżurującego w Izbie Przyjęć lekarza psychiatry oraz zatwierdzenia przez niego zastosowania przymusu (w formie podpisu tego lekarza w *Karcie zastosowania unieruchomienia* oraz w *Zawiadomieniu*).

W każdym z badanych 12 przypadków były sporządzane *Karty zastosowania unieruchomienia*, w tym jej część dotycząca całkowitego czasu stosowania unieruchomienia wraz z uwagami lekarza, a także część pn. *Obserwacje*, której wypełnienie (co 15 min.) należało do obowiązków pielęgniarki. Powyższe stanowiło realizację wymogu wynikającego z art. 18a ust. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego⁶⁴; a do 30 grudnia 2017 r. – z przepisów § 10 – § 12 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania⁶⁵. Zastosowanie środka przymusu bezpośredniego było odnotowywane w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta poprzez włączenie do niej ww. *Karty* a także w zbiorczej dokumentacji medycznej, tj. w raportach z dyżuru pielęgniarskiego oraz rejestrze przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego. Dodatkowo informacja o zastosowaniu przymusu bezpośredniego zamieszczana była w księdze raportów pielęgniarskich prowadzonej w systemie AMMS. Kopię *Karty zastosowania unieruchomienia* wraz z kopią *Zawiadomienia* kierowano w terminie 3 dni do upoważnionego przez Dyrektora Szpitala lekarza⁶⁶ (tj. do Zastępcy Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa) w celu oceny zasadności wykonywania przymusu bezpośredniego.

(akta kontroli str. 774-779, 902-905)

Personel medyczny Oddziału (tj. lekarze, pielęgniarki i ratownik medyczny) zostali zapoznani z zasadami i trybem postępowania przy stosowaniu przymusu bezpośredniego zgodnie z obowiązującą od 10 stycznia 2013 r.⁶⁷ procedurą pn. *Stosowanie przymusu bezpośredniego*. Procedura ta zawierała szczegółowy opis (wraz z ilustracjami) wykonania unieruchomienia z zastosowaniem środków przymusu, jak również załączniki w formie *Karty zastosowania unieruchomienia* oraz *Zawiadomienia*. Fakt zapoznania się z ww. *Procedurą* lekarze i pozostałe osoby personelu medycznego Oddziału potwierdzały swoim podpisem.

(akta kontroli str. 312-340)

⁶² Dotyczyło to przypadków wykonywania przymusu w godzinach popołudniowych (po 14.30), porannych (przed 7.30) i nocnych, a także w soboty, niedziele i święta.

⁶³ Spośród badanych 12 przypadków: pięć przypadków w 2017 r. i dwa przypadki w 2018 r.

⁶⁴ Obowiązującego od 1 stycznia 2018 r.

⁶⁵ Dz. U. poz. 740. Rozporządzenie to z dnia 31 grudnia 2017 r. zostało zastąpione przez rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz. U. poz. 2459).

⁶⁶ Kierownik podmiotu w przypadku kontrolowanej jednostki nie jest lekarzem.

⁶⁷ W okresie objętym kontrolą była ona dwukrotnie zmieniana (19 marca 2018 r. oraz 18 lutego 2019 r.), co miało związek ze zmianą powszechnie obowiązujących w tym zakresie przepisów.

Pełnienie jednoosobowego dyżuru nocnego przez ratownika medycznego (tj. osoby bez kwalifikacji zawodowych pielęgniarki) nie gwarantowało dochowania wymogu wynikającego z art. 18a ust. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, zgodnie z którym kontrola stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej należy do pielęgniarki, co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

19. W Szpitalu zapewniono pacjentom oddziałów psychiatrycznych od 2012 r. dostęp do Rzecznika Praw Pacjenta Szpital Psychiatryczny. Ze względu na zamknięty charakter oddziałów psychiatrii, małoletni pacjenci mieli faktyczny dostęp do Rzecznika tylko w czasie jego wizyt w Oddziale (raz lub dwa razy w tygodniu). Dyrektor zapewnił rzecznikowi warunki właściwe do wykonywania jego zadań. W wyjaśnieniach uzyskanych na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, Dyrektor Departamentu ds. Zdrowia Psychicznego Biura Rzecznika Praw Pacjenta wskazał, że do maja 2019 r. rzecznicy mieli ograniczone możliwości w ocenianiu stopnia przestrzegania praw pacjenta, gdyż prawo do wglądu w dokumentację medyczną pacjenta istniało jedynie za zgodą osób do tego upoważnionych⁶⁸. Zgodnie z ww. wyjaśnieniami, w okresie objętym kontrolą nie wpłynęła do Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego ani jedna skarga rodziców (lub opiekunów prawni) pacjentów Oddziału psychiatrycznego dla dzieci. Jak poinformował Dyrektor ww. Departamentu Biura Rzecznika Praw Pacjenta, rzecznik działający w Szpitalu podjął 25 działań z własnej inicjatywy oraz przeprowadził 15 spotkań informacyjno-edukacyjnych, wśród których były działania ukierunkowane na ocenę warunków i sposobu stosowania przymusu bezpośredniego wobec małoletnich pacjentów. W udzielonych wyjaśnieniach wskazano również na uchybienie w zakresie prawa pacjenta związane ze stosowaniem przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia na korytarzu Oddziału. Z informacji pochodzących od Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego wynikało, że obecnie przymus bezpośredni nie jest już wykonywany na korytarzu, lecz wyłącznie w sali chorych. Pozostałe zastrzeżenia ww. organu dotyczyły obecności w Oddziale ratownika medycznego z obsady karetki dyżurującego z pielęgniarką; w tym braku identyfikatora u tej osoby, co wynikało faktu, że nie był on zatrudniony w Oddziale. Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego dobrze oceniła swoją współpracę z Ordynatorem i personelem Oddziału, wskazując na bezzwłoczne rozpatrywanie kierowanych zastrzeżeń i wniosków dotyczących przestrzegania praw pacjentów.

(akta kontroli str. 406-425)

20. Każdy pacjent Szpitala, w tym pacjent małoletni, był informowany o przysługujących mu prawach. W poczekalniach oraz przy konsoli Izby Przyjęć była dostępna *Karta praw pacjenta* w formie papierowej. Dodatkowo w Izbie Przyjęć psychiatrycznej do wglądu pacjentów dostępne były: ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a także informacja o działaniu na terenie Szpitala Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Wewnątrz Oddziału psychiatrycznego dla dzieci, niedaleko drzwi wejściowych, znajdowała się tablica informująca o Prawach Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

⁶⁸ Zmiana przepisów w tym zakresie nastąpiła 4 maja 2019 r. na podstawie art. 96 ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z zapewnieniem stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. poz. 730), zmieniającym przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 1127, ze zm.).

Pacjentom zapewniono odwiedziny duszpasterza w Oddziale; a ponadto na terenie Oddziału znajdowała się kaplica, gdzie pacjent mógł przebywać pod opieką rodzica.
(akta kontroli str. 269, 807-818)

Ogłędziny Oddziału potwierdziły, że pacjentom małoletnim zapewniono zachowanie prawa do intymności i poszanowania godności w pomieszczeniach sanitarnych (toaletach) – w przypadku łazienek korzystanie z nich odbywało się w obecności pielęgniarek ze względu na bezpieczeństwo małoletnich oraz zminimalizowanie ryzyka zdarzeń niepożądanych (np. spożycia detergentów); w pomieszczeniach tych nie zamontowano monitoringu. Urządzenia łazienki (czynne dwa natryski) oraz dozowniki z mydłem umożliwiały małoletnim pacjentom codzienną kąpiel.
(akta kontroli str. 807-818)

21. Regulamin wewnętrzny Oddziału przewidywał możliwość odwiedzin pacjentów przez rodziców (opiekunów prawnych), a także przez inne osoby dorosłe (spokrewnione z pacjentem) upoważnione przez rodziców lub opiekunów prawnych, w także połączonych ze spacerami poza terenem Szpitala, o ile ustalona kategoria (tj. kategoria III lub II bez wyjścia) opieki nie wykluczała takiej możliwości. Ze względów bezpieczeństwa wprowadzono zakaz posiadania sprzętu elektronicznego służącego do porozumiewania się (telefonów, laptopów)⁶⁹. Odwiedziny osób ww. uprawnionych mogły odbywać się również poza Oddziałem – taka możliwość (tj. spacer z rodzicem lub upoważnionym dorosłym członkiem rodziny) nie była objęta regulacją wewnętrzną Oddziału, gdyż podpisywany przez pacjentów Regulamin wewnętrzny Oddziału nie zawierał zasad udzielania zgody na przebywanie poza terenem Szpitala wraz z rodzicem lub upoważnionym opiekunem. Jak wyjaśniła Ordynator Oddziału, zgodę na okresowe przebywanie pacjenta poza Szpitalem (co dotyczyło również spacerów) wydają lekarze prowadzący pacjenta, po ustnym uzgodnieniu z Ordynatorem Oddziału.
(akta kontroli str. 852-853, 834-837)

22. W okresie objętym kontrolą proces diagnozowania i leczenia małoletnich w Oddziale obejmował ustalenie rozpoznania i kierunku leczenia poprzez ocenę psychiatryczną, badania psychologiczne, ustalenie sytuacji rodzinnej małoletniego, w tym również składanie wniosków do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania małoletniego sądu opiekuńczego o wgląd w sytuację rodzinną i opiekuńczą pacjenta.
(akta kontroli str. 58-59, 137-138, 158-181)

Rozpoznanie końcowe (kod zasadniczy według ICD 10) w poszczególnych latach objętych kontrolą obejmowały kilka zasadniczych grup zdiagnozowanych schorzeń. W latach 2017-2018 dwiema najliczniejszymi grupami schorzeń były: zaburzenia opozycyjno-buntownicze (42 przypadki w 2017 r. i 38 przypadków w 2018 r.) oraz inne zaburzenia emocjonalne okresu dzieciństwa (38 przypadków w 2017 r. i 54 przypadki w 2018 r.). W I kwartale 2019 r. wystąpiło 26 przypadków zdiagnozowania innych zaburzeń emocjonalnych okresu dzieciństwa. Pozostałe grupy schorzeń diagnozowanych w latach 2017-2018 i w I kwartale 2019 r. to: a/ schizofrenia paranoidalna (odpowiednio 12, 21 i 3 przypadki); b/ zaburzenia adaptacyjne (odpowiednio 22, 16 i 7 przypadków); c/ jądłowstręt psychiczny (odpowiednio 22, 12 i 2 przypadki); d/ upośledzenie umysłowe stopnia lekkiego, umiarkowanego i znacznego (odpowiednio 26, 37 i 8 przypadków); e/ zaburzenia aktywności i uwagi (odpowiednio 17, 10 i 6 przypadków).

(akta kontroli str. 281-301)

⁶⁹ Odnotowano bowiem przypadek połknięcia baterii z laptopa.

W dokumencie pn. *Przebieg choroby, leczenie* wpisów, oprócz lekarza prowadzącego, dokonywali również Ordynator⁷⁰ Oddziału (omówienie pacjentów na zebraniu personelu oddziałowego) oraz psycholog (adnotacje o warsztatach grupowych, spotkaniach indywidualnych, zajęciach ogólnorozwojowych, zebrań społeczności terapeutycznej).

(akta kontroli str. 262, 896-901)

23. W indywidualnej dokumentacji medycznej⁷¹ zawarte były istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego przy przyjęciu pacjenta do Oddziału, a także obserwacje lekarza (zachowanie pacjenta w trakcie pobytu w Izbie Przyjęć) oraz uzasadnienie (konieczność) przyjęcia. W przypadku przyjęcia na podstawie skierowania, było one dołączane do historii choroby. Z dokumentacji indywidualnej prowadzonej w trakcie pobytu w Oddziale (wpisy w części *Przebieg choroby, leczenie* oraz w *Karcie zleceń lekarskich*) wynikała częstotliwość kontaktu pacjenta z lekarzem średnio trzy razy w tygodniu. Wpisy obejmowały spostrzeżenia dotyczące stanu zdrowia somatycznego, stanu emocjonalnego i reagowania na leczenie farmakologiczne⁷². Z dokumentacji indywidualnej nie wynikał szczegółowy sposób diagnozowania, odnotowywana była natomiast zmiana sposobu leczenia (np. włączenie środka farmakologicznego, jego zamiana na inny lub odstawienie leku).

(akta kontroli str. 896-901)

Zdaniem Ordynatora Oddziału zgoda rodzica na zmianę sposobu leczenia farmakologicznego nie była wymagana, z uwagi na ogólną zgodę wyrażaną przez rodzica przy przyjęciu do szpitala. Odrębny dokument pn. *Zgoda na leczenie psychiatryczne* obejmował bowiem zgodę na proponowaną diagnostykę, leczenie i rehabilitację oraz potwierdzenie jego zrozumienia poprzez podpisy pacjenta oraz jego przedstawiciela ustawowego (jeśli był obecny przy przyjęciu do Szpitala).

(akta kontroli str. 262, 896-901)

24. Wraz z przyjęciem do Oddziału dla każdego pacjenta ustalany był wstępny plan diagnostyczno-terapeutyczny, a ustaleń co do jego treści dokonywano w zespole złożonym z lekarza prowadzącego, w porozumieniu z Ordynatorem Oddziału, przy udziale psychologa oraz rodzina lub opiekuna prawnego (gdy zgłaszali się oni na rozmowę). Plan ten zawierał ogólne dane dotyczące: a/ zleconych badań, b/ proponowanych zajęć terapeutycznych, c/ zakresu koniecznej współpracy psychologa, terapeuty ds. uzależnień, pomocy pracownika socjalnego. Dokumentacja rehabilitacyjna i terapeutyczna pacjenta, która powinna obligatoryjnie zostać włączona do indywidualnej dokumentacji medycznej, stosownie do wymogów wynikających z § 7 ust 1 i ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych⁷³, ograniczała się do *Karty zajęć terapeutycznych*. W Oddziale nie stosowano zasad tworzenia indywidualnego planu rehabilitacji, a ponadto nie określono wymiaru czasu tych zajęć dla danego pacjenta, co zostało szczegółowo opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 277-278, 358-359)

25. Wszystkich małoletnich przebywających w Oddziale obejmował obowiązek uczestniczenia w zajęciach lekcyjnych prowadzonych przez nauczycieli z Zespołu Placówek Specjalnych przy ZOZ w Opolu. Zajęcia te odbywały się

⁷⁰ W przypadkach, gdy inny lekarz był lekarzem prowadzącym.

⁷¹ Dane na podstawie zbadanych 25 dokumentacji indywidualnych.

⁷² Najdłuższa przerwa pomiędzy kolejnymi wpisami wynosiła trzy dni.

⁷³ Dz. U. poz. 522.; dalej: rozporządzenie w sprawie zajęć rehabilitacyjnych.

w pomieszczeniach⁷⁴ wspólnych dla dwóch oddziałów dzieci i młodzieży (również dla pacjentów oddziału neurologii) w dwóch grupach wiekowych (dla klas młodszych w sali nr 303 oraz dla pozostałych w sali 313). Powyższe potwierdziły przeprowadzone w trakcie kontroli oględziny⁷⁵. Zgodnie z oświadczeniem Pielęgniarki Oddziałowej, w czasie roku szkolnego lekcje trwają codziennie od 8:30 do 12:00 z przerwami. Zajęcia wychowawcze poza Oddziałem (dla pacjentów, u których kategoria opieki na to pozwalała) były organizowane w godzinach popołudniowych (od 14:00 do 17:00 lub 18:00, a także w soboty i niedziele od 9:00 do 13:00) przez wychowawców z Zespołu Placówek Specjalnych przy ZOZ w Opolu. W okresie wakacji letnich rozszerzony został czas zajęć wychowawczych (również w godzinach przedpołudniowych) z uwagi na brak zajęć lekcyjnych.

(akta kontroli str. 280, 807-818)

W trakcie hospitalizacji rodzicom lub opiekunom prawnym małoletnich pacjentów udzielano informacji o kierunku i sposobie leczenia. Prowadzone były także konsultacje rodzinne z lekarzem prowadzącym lub Ordynatorem (w przypadkach zaangażowania rodzica w proces terapeutyczny). W analizowanych dokumentacjach hospitalizacji w *Historii pielęgnowania*, każdorazowo w zakończeniu znajdował się zapis *Wskazówki pielęgnacyjne przy wypisie*, np. o treści *Psychoedukacja matki na temat stosowania konsekwentnych metod wychowawczych*. Powyższe było potwierdzone podpisami pielęgniarki Oddziałowej.

(akta kontroli str. 262, 896-901)

26. Szczegółowym badaniem prawidłowości prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej objęto 25 hospitalizacji (od przyjęcia do wypisu), w tym po 10 hospitalizacji w latach 2017-2018 oraz pięć w 2019 (przyjęcie do 31 marca 2019 r.). Przyjęcia pacjentów we wszystkich 25 przypadkach odbywały się w trybie nagłym (w wyniku przekazania przez Zespół Ratownictwa Medycznego w czterech przypadkach a pozostałe – jako inne przypadki). Porównanie danych dotyczących trybu przyjęcia w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej nie wykazało różnic.

(akta kontroli str. 471-480, 896-901)

W dziewięciu z 25 przypadków przyjęcie do Szpitala odbyło się bez zgody pacjenta⁷⁶, przy czym w większości zgoda taka została wyrażona przez pacjenta w trakcie pierwszych czterech dni pobytu na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W 10 z 25 badanych dokumentacji znajdowały się kompletne dane o zastosowanym przymusie bezpośrednim⁷⁷, co odpowiadało wymogowi wynikającemu z art. 18c ust. 1 ww. ustawy.

Dokumenty znajdujące się w poszczególnych badanych dokumentacjach medycznych (tj. w *Historiach choroby*) zgromadzone zostały w sposób chronologiczny, a zamieszczone w nich dane obejmowały m.in. informacje o zleceniach lekarskich, wyniki obserwacji stanu zdrowia pacjenta (przebieg leczenia) oraz wpisy w karcie indywidualnej opieki pielęgniarskiej.

Numerowanie stron dokumentów wygenerowanych w systemie AMMS (np. Księgi raportów pielęgniarskich) odbywało się automatycznie. Poszczególne strony *Historii choroby* w wersji papierowej były numerowane przed przekazaniem do komórki organizacyjnej *Statystyka i Ruch Chorych* (począwszy od października 2018 r.).

(akta kontroli str. 310, 896-901)

⁷⁴ Sala nr 313 złożona była z dwóch pomieszczeń łącznie dla 16 małoletnich pacjentów.

⁷⁵ Oględziny Oddziału miały miejsce przed południem 14 czerwca 2019 r.

⁷⁶ W przypadku pacjenta poniżej 16 roku życia zgody mógł udzielić rodzic/opiekun prawny i te przypadki nie zostały wliczone.

⁷⁷ Dane w tym zakresie (zastosowany środek i osoba zlecająca) porównano z danymi w dokumentacji zbiorczej.

27. Po uwzględnieniu zmian w planie rzeczowo-finansowym wynikających z zawarcia aneksów do umów z OOW NFZ, ostateczne kwoty na finansowanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w poszczególnych objętych kontrolą latach wyniosły: a/ 1 411,7 tys. zł w 2017 r., b/ 1 721,2 tys. zł w 2018 r. oraz c/ 517,1 tys. zł w I kwartale 2019 r. Tym samym różnice pomiędzy finansowaniem stacjonarnej opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży przez OOW NFZ a poniesionymi przez Szpital kosztami udzielania świadczeń zdrowotnych wynosiły odpowiednio: 353,8 tys. zł w 2017 r.; 235,3 tys. zł w 2018 r. oraz 33,4 tys. zł w I kwartale 2019 r. Zgodnie z wyjaśnieniem Dyrektora, *plan zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych ustala OOW NFZ wraz z Radą Nadzorczą, która zatwierdza plan finansowy. Na podstawie planu finansowego OOW NFZ ustalił kwoty zakupu świadczeń w poszczególnych zakresach, co z kolei było podstawą zaproszenia do podpisania propozycji finansowania świadczeń na dany okres i w poszczególnych rodzajach.* Dyrektor podkreślił, że (...) były to kwoty sztywno ustalone przez płatnika. Jednocześnie w 2018 r. po odmowie podpisania protokołu z negocjacji udało się Szpitalowi zwiększyć cenę z 13,50 zł do 14,80 zł za punkt rozliczeniowy. Podwyżkę ceny uzyskano zmniejszając liczbę punktów, aby zmieścić się w wartości ogłoszenia.

W Szpitalu nie ustalano jednostkowych kosztów poszczególnych świadczeń udzielanych w zakresie opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży. Jak wyjaśnił Dyrektor, *przewodzą analizę kosztów ogółem według miejsca powstania kosztów, czyli oddział, poradnia itp. Daje to możliwość prostego porównania przychodów i kosztów, analiza kosztów jednostkowych świadczeń zdrowotnych wizyty lekarskiej, porady lekarskiej, porady psychologa, terapii psychologicznej opieki pielęgniarskiej wymaga angażowania wielu osób być może dawałoby obraz kosztowy dnia lub pobytu chorego, ale niczemu by nie służyła, nie byłaby podstawą ani do planowania wydatków, ani rozliczania przychodów.*

(akta kontroli str. 783-786, 819-831)

W okresie objętym kontrolą na Szpital nie zostały nałożone kary umowne z tytułu realizacji umów zawartych z OOW NFZ.

(akta kontroli str. 783-786)

28. W jednym przypadku (w trakcie kontroli NIK), 17-letni pacjent⁷⁸ był hospitalizowany w oddziale dla dorosłych (oddział C), ze względu na brak miejsc w Oddziale. Rozliczenie hospitalizacji nastąpiło według stawki przewidzianej za świadczenia stacjonarnej opieki psychiatrycznej dla dorosłych (cena 11,90 zł/1 pkt rozliczeniowy w odróżnieniu od ceny 14,80 zł/pkt rozliczeniowy w przypadku świadczenia stacjonarnego leczenia dzieci i młodzieży). Jak wyjaśnił Dyrektor, *lekarz dyżurny (psychiatra w Izbie Przyjęć) konsultował się z Oddziałem Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży w Lublińcu, gdzie również nie było miejsc (...) pacjent był z rozpoznaniem zaburzeń zachowania, co nie stanowi podstawy do przyjęcia do Oddziału Psychiatrycznego, nie wypowiadał myśli samobójczych. W wywiadzie były zachowania agresywne i w związku z tym, że lekarz dyżurny zdecydował jednak o przyjęciu, zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ z kwietnia 2019 r. pacjent został skierowany do Oddziału Psychiatrii dla Dorosłych.*

(akta kontroli str. 819-831)

⁷⁸ Ze sprawdzenia w systemie przekazywanych danych do Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego wynikało, że w Oddziale nie było wolnych łóżek według stanu na 24 maja 2019 r.

29. W okresie objętym kontrolą (oraz w okresie wcześniejszym⁷⁹) działalność Oddziału w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej nie była kontrolowana przez OOW NFZ lub inne uprawnione podmioty.

(akta kontroli str. 222-231, 833)

30. W Szpitalu prowadzony był ogólny rejestr skarg⁸⁰ (nie tylko w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży). W okresie objętym kontrolą nie odnotowano żadnych skarg dotyczących świadczeń w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej dzieci i młodzieży.

(akta kontroli str. 780-785, 833)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W okresie od kwietnia 2017 r. do połowy czerwca 2018 r. w sposób niewłaściwy organizowano pracę personelu pielęgniarskiego, gdyż w ww. okresie, w *rozkładzie czasu pracy pielęgniarek* przewidywano 12-godzinne (w tym w godzinach nocnych) jednoosobowe dyżury ratownika medycznego. Samodzielne dyżury ratownik medyczny sprawował w poszczególnych miesiącach ww. okresu w następującej liczbie dni: siedem w styczniu 2018 r., sześć w lutym 2018 r., pięć w listopadzie 2017 r., cztery sierpieniu i wrześniu 2017 r. oraz w kwietniu 2018 r., trzy w marcu 2018 r., dwa w grudniu 2017 r. oraz po jednym w kwietniu, maju i październiku 2017 r. oraz maju i czerwcu 2018 r.).

(akta kontroli str. 186-193, 268, 506-514)

W trakcie jednoosobowego dyżuru na ratowniku medycznym spoczywał obowiązek dokonywania wpisów w dokumentacji pn. *Przebieg pielęgnacji*, który stanowi jeden z elementów dyżuru pielęgniarki. W przypadku dyżuru pełnionego 6 stycznia 2018 r. ratownik medyczny zamiast pielęgniarki wpisywał w *Karcie zastosowania unieruchomienia* (w części tej pn. *Obserwacje*) obserwacje dotyczące stanu fizycznego pacjenta unieruchomionego poprzez zastosowanie pasów magnetycznych przez 3 h 30 min.

(akta kontroli str. 83, 140-141a, 268, 508-510, 769-782)

Zgodnie z § 61 ust. 4 oraz § 48 ust. 3 Regulaminu organizacyjnego Szpitala, rozkład pracy personelu pielęgniarskiego i personelu pomocniczego w Oddziale ustalała Pielęgniarka Oddziałowa, z kolei Naczelna Pielęgniarka sprawdzała ich prawidłowość oraz zatwierdza te harmonogramy. Jednocześnie zadaniem Naczelnej Pielęgniarki było, zgodnie z § 48 ust. 7 ww. Regulaminu, nadzorowanie dokumentacji pielęgniarskiej.

Pielęgniarka Oddziałowa oświadczyła, że od objęcia przez nią funkcji w maju 2017 r., zwracała się ustnie do Naczelnej Pielęgniarki o uruchomienie dodatkowego etatu pielęgniarki.

(akta kontroli str. 163-165, 517)

Jak wyjaśniła Naczelna Pielęgniarka, bezpośrednią przyczyną przygotowania (przez Pielęgniarkę Oddziałową), a następnie zatwierdzenia takiego rozkładu czasu pracy była absencja chorobowa pielęgniarek, a także fakt, że ratownik medyczny pełniący dyżur był już w końcowym etapie studiów licencjackich z zakresu pielęgniarstwa (ukończył je w czerwcu 2018 r.). Naczelna Pielęgniarka wyjaśniła ponadto: (...) *nocna jednoosobowa obsada na Oddziale psychiatrii dla dzieci i młodzieży wynikała ze specyfiki oddziału. Jak wskazała, dyżury nocne przypadają na czas, kiedy gdy*

⁷⁹ Lata 2015-2016.

⁸⁰ W rejestrze rejestrowane są skargi dotyczące oddziałów neurologii oraz psychiatrycznych.

pacjenci są po podaniu leków, które niezależnie od swoich właściwości w leczeniu, wymagają również potrzebę snu.

(akta kontroli str. 537-543)

Do zakresu zadań Naczelnej Pielęgniarki należała kontrola prawidłowej realizacji zadań na stanowiskach podległego personelu pielęgniarskiego i niższego. Jednym z zadań pielęgniarki wynikającym z art. 18 ust. 2 oraz z art. 18a ust. 3 i ust. 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, są czynności wchodzące do zakresu postępowania związanego z koniecznością zastosowania przymusu bezpośredniego. Konsekwencją pełnienia jednoosobowego dyżuru nocnego przez ratownika medycznego (tj. osobę bez kwalifikacji zawodowych pielęgniarsza) było naruszenie przepisów związanych z zastosowaniem przymusu bezpośredniego, w tym dokonywanie wpisów w *Karcie zastosowania unieruchomienia* (w części tej Karty pn. *Obserwacje*), co naruszało przepisy § 10 ust. 1 rozporządzenia w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (do 30 grudnia 2017 r.) oraz art. 18a ust. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (począwszy od 1 stycznia 2018 r.), zgodnie z którym stan fizyczny osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej kontroluje pielęgniarka.

Jak wyjaśniła Naczelna pielęgniarka: (...) nie mogłam przewidzieć, że w trakcie dyżuru pełnionego jednoosobowo akurat przez ratownika a nie przez pielęgniarkę dojdzie do konieczności zastosowania unieruchomienia. Decydując się na jednoosobowy dyżur jednak dawałam na to zgodę.

(akta kontroli str. 140-141a, 268, 853-854)

Osoba odpowiedzialną za nadzorowanie prawidłowego stosowania przymusu bezpośredniego była Ordynator Oddziału, która wyjaśniła: (...) skoro ratownik medyczny został dopuszczony do samodzielnego dyżurowania w nocy, to powyższe oznaczało dopuszczenie do samodzielnego wykonywania wszystkich czynności przypisanych do pielęgniarki pełniącej dyżur. Zastosowanie u pacjenta przymusu bezpośredniego nie jest skomplikowaną czynnością, a dodatkowo ratownik medyczny został przeszkolony w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego. Ordynator Oddziału przyznała, że pozostawienie ratownika medycznego na samodzielnym dyżurze nocnym nie było stanem prawidłowym oraz wyjaśniła, że ze względu na duże braki kadrowe była to sytuacja „przymusowa”.

(akta kontroli str. 769-772)

Nie kwestionując konieczności zapewnienia pacjentom opieki w Oddziale, Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że zarówno przepisy rozporządzenia o świadczeniach gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, jak i warunki umów zawartych z OOW NFZ określały wymogi dotyczące dostępności w Oddziale personelu pielęgniarskiego a nie ratowników medycznych. Niezależnie od ww. aspektów jednoosobowy dyżur osoby ratownika medycznego stwarzał realne ryzyko wykonywania przez osobę nieuprawnioną czynności, które w powszechnie obowiązujących przepisach przewidziano do wyłącznych kompetencji pielęgniarek⁸¹.

(akta kontroli str. 190-193, 506-516)

2. W latach 2017-2018 w dokumentacjach dziewięciu hospitalizacji pacjentów⁸² przyjętych do Szpitala bez ich zgody, w załącznikach do *Historii choroby*⁸³

⁸¹ Ł.K. uprawnienia pielęgniarsza uzyskał 2 lipca 2018 r. na podstawie zaświadczenia wydanego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Opolu, stwierdzającego prawo wykonywania zawodu pielęgniarsza.

⁸² Spośród 25 badanych dokumentacji, dziewięć z nich dotyczyło przypadków przyjęć bez zgody: Ks. GI. 2888/2017; 5008/2017; 4765/2017; 4801/2018; 7087/2018; 6407/2018; 3229/2018; 6817/2018; 5792/2018.

⁸³ Załącznik w sprawie przyjęcia z mocy art. 22 ust. 2 i 5, art. 23, art. 24, art. 29.

znajdowały się niekompletne *Zawiadomienia o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego*, których treść nie odpowiadała wzorowi stanowiącemu załącznik nr 2 do rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego z 2012 r. ze względu na pominięcie numeru z rejestru pacjentów przyjętych do szpitala.

(akta kontroli str. 257-258, 869-901a)

Do 30 grudnia 2018 r. wzór *Zawiadomienia o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego* wymagał wskazania numeru z rejestru pacjentów przyjętych do szpitala i wzór ten stanowił załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia, zatem wykorzystanie tego wzoru było wystarczające dla prawidłowego stosowania przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego oraz nie wymagało opracowania odrębnego wzoru dokumentu.

Zgodnie z procedurą pn. *Prowadzenie dokumentacji medycznej w oddziałach psychiatrycznych*⁸⁴ oraz procedurą pn. *Przyjęcie pacjenta do oddziału psychiatrii*⁸⁵, odpowiedzialność za prawidłowe prowadzenie dokumentacji hospitalizacji, w tym załącznika do *Historii choroby* wypełnianego w przypadku przyjęcia pacjenta bez jego zgody spoczywała na Ordynatorze Oddziału.

(akta kontroli str. 341-362)

Jak wyjaśniła Ordynator Oddziału, (...) *stwierdzam prawidłowość prowadzonego przez sekretarkę medyczną rejestru osób przyjętych bez zgody, (...) sekretarka medyczna była upoważniona ustnie do jego prowadzenia.*

(akta kontroli str. 349-362, 834-837)

Dyrektor wyjaśnił, że nie zna powodu, dla którego nie umieszczono numeru z rejestru w treści *Zawiadomienia o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie lub z zaburzeniami psychicznymi bez jej zgody*. Wskazał ponadto, że szablon formularza był przygotowany przez poprzednio zatrudnionych pracowników.

(akta kontroli str. 840-842)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, której powierzono nadzór na pracą Izby Przyjęć (zgodnie z § 46 lit. i Regulaminu organizacyjnego Szpitala) wyjaśniła, że nie posiada takiej wiedzy, dlaczego został pominięty w *Zawiadomieniach* numer w rejestrze osób przyjętych bez zgody, powołując przy tym fakt przygotowania szablonu tych zawiadomień przez osoby, które już w Szpitalu nie pracują (tj. informatyków i pracowników ruchu chorych). Wyjaśniła ponadto, że *Zawiadomienie* zawierało (poza numerem z rejestru) wszystkie istotne informacje dotyczące pacjenta i procedur chroniących dobro pacjenta).

(akta kontroli str. 888-891)

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że wzór *Zawiadomienia* (do 30 grudnia 2018 r. wymagającego wskazania numeru z rejestru) stanowił jeden z załączników do rozporządzenia w sprawie w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego, a zatem jego stosowanie nie wymagało opracowania żadnego szablonu. Ponadto postanowienia końcowe procedury w sprawie przyjęcia pacjenta (obejmujące m.in. wykaz i wzory formularzy) zarówno z 1 grudnia 2016 r., jak i z 10 kwietnia 2019 r. wskazywały wprost na stosowanie załączników do rozporządzeń dotyczących postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego.

⁸⁴ Obowiązującej od 19 września 2018 r.

⁸⁵ Obowiązującej od 1 grudnia 2016 r.; dalej procedura w sprawie przyjęcia pacjenta.

3. Do października 2018 r. nie były numerowane strony dokumentów wchodzących w skład indywidualnej dokumentacji medycznej, co nie odpowiadało wymogowi wynikającemu z § 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

(akta kontroli str. 896-901)

Odpowiedzialność za prawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w trakcie hospitalizacji ponosi Ordynator Oddziału, co wynika zarówno z przepisów ww. rozporządzenia, jak i postanowień procedury pn. *Prowadzenie dokumentacji medycznej w oddziałach psychiatrycznych*.

Jak wyjaśniła Ordynator Oddziału, do października 2018 r. *numerowane były tylko strony w wydruku komputerowym*.

(akta kontroli str. 834-836)

Zgodnie z § 5 ww. rozporządzenia, strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość natomiast w przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, strony wydruku są numerowane. Minister Zdrowia ustanowił zatem odrębne dwa wymogi numerowania; w stosunku do dokumentacji papierowej i dokumentacji prowadzonej elektronicznie; w przypadku dokumentacji hospitalizacji zakończonych przed końcem października 2018 r. został spełniony tylko drugi z nich.

4. W całym 2017 r. oraz do kwietnia 2018 r.⁸⁶ w Oddziale nie były spełnione normy zatrudnienia pielęgniarek ze względu na brak 0,84 etatu, gdyż stan zatrudnienia wynosił w tym okresie 9,0 etatu, a wymagana norma wynosiła 9,84 etatu.

Na podstawie ustaleń ujętych w protokole dotyczącym norm zatrudnienia pielęgniarek w Szpitalu, w październiku 2017 r. Dyrektor zapoznał się z różnicami pomiędzy faktycznym stanem zatrudnienia w etatach a obowiązującymi normami (w etatach), w przypadku Oddziału różnica wyniosła 0,84 etatu.

(akta kontroli str. 772-782)

Jak wyjaśnił Dyrektor, (...) *od listopada 2017 r. Szpital starał się pozyskać dodatkowy personel pielęgniarski. Pomimo ogłoszeń w PUP, w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Opolu oraz na stronach internetowych podmiotu leczniczego przez okres 5 miesięcy nieobsadzone było stanowisko pielęgniarki na Oddziale Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży. W kwietniu 2018 r. została przyjęta pielęgniarka.*

(akta kontroli str. 819-823)

Konsekwencją braku wystarczającej liczby personelu pielęgniarskiego w tym okresie była decyzja Pielęgniarki Naczelnej, od 1 października 2015 r. kierującej pracą nie tylko personelu pielęgniarskiego, ale również ratowników medycznych (zgodnie z § 48 ust. 1 Regulaminu organizacyjnego Szpitala), aby w okresie od lutego do maja 2018 r. do dyżurów w Oddziale skierować czterech pracowników Szpitala należących do obsady karetki, w tym dwóch ratowników medycznych⁸⁷ i dwóch pielęgniarzy⁸⁸.

(akta kontroli str. 855-881, 883-886, 892-895)

Naczelna Pielęgniarka odpowiedzialna za organizowanie i koordynowanie pracy tych grup zawodowych (tj. pielęgniarek i ratowników medycznych) wyjaśniła: *Ze względu na fakt, że jestem przełożoną całego personelu medycznego, w tym*

⁸⁶ Zatrudnienie pielęgniarki A.N. od 10 kwietnia 2018 r.

⁸⁷ Jeden zatrudniony był w Izbie Przyjęć; drugi - w Oddziale Psychiatrii dla dorosłych.

⁸⁸ Pielęgniarzy-kierowców zespołu wyjazdowego zatrudnionych w Oddziale psychiatrii dla dorosłych.

zespołu wyjazdowego (obsady karetki), w sytuacji braku personelu w oddziałach szpitalnych (nie tylko psychiatrycznych) osoby te z mojego polecenia wykonują pracę w oddziałach szpitalnych w tym również w oddziale psychiatrii dla dzieci i młodzieży. Okres od lutego do maja 2018 r. był okresem wzmożonej absencji chorobowej, w związku z czym w późniejszym czasie nie wykorzystywałam obsady karetki do pełnienia dyżurów w Oddziale dla dzieci i młodzieży.

(akta kontroli str. 853-854)

5. W jednym z 12 analizowanych przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego (Ks.Gł.121/2018) 6 stycznia 2018 r. przymus bezpośredni stosowany był w pomieszczeniu, gdzie przebywały inne pacjentki zamiast w pomieszczeniu jednoosobowym lub w sposób umożliwiający oddzielenie tej pacjentki od innych osób, czym zostały naruszone przepisy § 7 rozporządzenia w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego. Powyższe potwierdzały wpisy w dokumencie pn. Przebieg pielęgnacji, z których wynikało, że najpierw pacjentka była unieruchomiona w wieloosobowym pokoju łóżkowym, a następnie na korytarzu.

(akta kontroli str. 500-502, 778, 902-905)

Ordynator Oddziału odpowiedzialna za prawidłowe stosowanie przymusu bezpośredniego w Oddziale oraz za przestrzeganie zasad poszanowania prawa pacjenta do intymności i godności osobistej, wyjaśniła: *W tamtym okresie nie było pomieszczenia jednoosobowego (izolatki), dlatego osobę unieruchomioną pozostawiono w sali. Zgodnie z praktyką stosowaną w Oddziale niezależnie od tego, czy była już izolatka w Oddziale, w momencie zabezpieczania pasami magnetycznymi pozostałe dzieci są wypraszane na korytarz. Stosuje się również parawany zasłaniające łóżko z pacjentem unieruchomionym na sali wieloosobowej lub na korytarzu. Były przypadki (tak było w przypadku tej pacjentki) umieszczenia łóżka z pacjentem unieruchomionym na korytarzu z powodu zbyt dużych emocji towarzyszących temu przypadkowi zabezpieczenia.*

(akta kontroli str. 769-772)

Na przypadki nierespektowania w Oddziale prawa pacjenta do poszanowania jego godności i przebywania w jednoosobowym pomieszczeniu przy stosowaniu przymusu bezpośredniego poprzez unieruchomienie wskazała Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego⁸⁹ wyjaśniając, że *przymus był stosowany na korytarzu zamiast w sali chorych, co obecnie nie ma już miejsca.*

(akta kontroli str. 407-425)

6. W całym objętym kontrolą okresie nie respektowano zasad tworzenia indywidualnego planu rehabilitacji, w szczególności nie określono wymiaru czasu tych zajęć dla danego pacjenta oraz nie prowadzono w historii choroby dokumentacji zajęć rehabilitacyjnych, co stanowiło naruszenie wymogów wynikających z § 5 ust. 1 i ust. 3 oraz § 7 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacyjnych.

(akta kontroli str. 302-309a, 769-773, 942-948)

W stosunku do małoletnich pacjentów Oddziału przy przyjęciu pacjenta do Oddziału dochodziło do ustalenia jedynie ogólnego, krótkiego i zarazem wstępnego planu diagnostyczno-terapeutycznego⁹⁰. Plan ten zawierał ogólne dane dotyczące: zleconych badań, proponowanych zajęć terapeutycznych, zakresu koniecznej współpracy psychologa, terapeuty ds. uzależnień, pomocy pracownika socjalnego.

⁸⁹ Informacja uzyskana w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, podpisana przez Zastępcę Dyrektora Departamentu ds. Zdrowia Psychicznego Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

⁹⁰ W zespole złożonym z lekarza prowadzącego, w porozumieniu z Ordynatorem Oddziału, przy udziale psychologa, w ramach możliwości (jeśli rodzic zgłaszał się na rozmowę) z rodzicem lub opiekunem prawnym.

Dokumentacja rehabilitacyjna i terapeutyczna pacjenta, która powinna obligatoryjnie zostać włączona do indywidualnej dokumentacji medycznej, stosownie do § 7 ust 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zajęć rehabilitacyjnych ograniczała się do *Karty zajęć terapeutycznych*. Z dokumentacji indywidualnej pacjenta (na podstawie przeanalizowanych 25 dokumentacji indywidualnych) nie wynikało, jak przebiegała jego faktyczna realizacja planu diagnostyczno-terapeutycznego, w szczególności brakowało opisu zmian czy korekt ustalonego wstępnie planu, co pozostawało w sprzeczności z ustalonymi rozporządzeniem Ministra Zdrowia wymogiem dokumentowania wymiaru oraz innych danych o zrealizowanych oddziaływaniach rehabilitacyjnych.

(akta kontroli str. 277-278, 358-359, 363-369)

Odpowiedzialna za monitorowanie prawidłowości przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego Ordynator Oddziału wyjaśniła: *Elementy planu rehabilitacji określone w § 7 rozporządzenia zawarte są w planie diagnostyczno-terapeutycznym i obejmują one przede wszystkim zajęcia lekcyjne w szkole przyszpitalnej*. Odnosząc się do braku wymaganych § 7 ust. 2 rozporządzenia *Informacji o przebiegu udziału pacjenta w zajęciach rehabilitacyjnych* Ordynator Oddziału wyjaśniła, że wszystkie te elementy przekazywane są jeden raz w tygodniu przez nauczycieli (wychowawców zespołu klasowego) na zebraniu personelu z nauczycielami szkoły przyszpitalnej. Wyjaśniając brak odnotowania przebiegu działalności rehabilitacyjnej i terapeutycznej pacjenta Ordynator wskazała na *Kartę zajęć terapeutycznych* oraz na fakt przeprowadzania przez wychowawców z Zespołu Placówek Specjalnych dla wszystkich małoletnich przebywających w Oddziale zajęć wychowawczych popołudniu.

(akta kontroli str. 280, 769-773)

Psycholog zatrudniona w Oddziale nieprzerwanie od 2004 r. i współpracująca z lekarzami prowadzącymi małoletnich w opracowywaniu planu diagnostyczno-terapeutycznego wyjaśniła, że rozporządzenie w sprawie zajęć rehabilitacyjnych określa tylko schemat oferowanych pacjentom zajęć, natomiast o ich formie, wymiarze czasowym i sposobie realizowania decyduje lekarz prowadzący w porozumieniu z psychologiem/terapeutą. Psycholog powoływała się, podobnie jak Ordynator Oddziału, na rolę zajęć szkolnych; dodatkowo wskazała na terapeutyczną rolę zebrań społeczności terapeutycznej. Ponadto podkreśliła zróżnicowanie form organizowanych zajęć: terapii zajęciowej ruchowej i arteterapii.

(akta kontroli str. 277-279)

Nie kwestionując faktu organizowania różnych form zajęć rehabilitacyjnych stanowiących skoordynowane oddziaływania i nakierowanych na rozwój umiejętności społecznych, w ocenie Najwyższej Izby Kontroli dokumentacja tych zajęć powinna zostać włączona do *Historii choroby*, z uwzględnieniem ich formy, wymiaru czasowego i sposobów realizowania. Tymczasem jedyną dokumentacją była *Karta zajęć terapeutycznych*, czyli wystandaryzowana lista z wyliczeniem zarówno obligatoryjnych dla wszystkich pacjentów Oddziału zajęć: dydaktycznych (szkoła), wychowawczych, zebrań społeczności, spacerów, jak również innych zajęć (np. zajęcia teatralne, pracownia stolarni, pracownia ceramiki, zajęcia plastyczne, terapia zajęciowa). Jednakże w żadnej z przeanalizowanych 25 dokumentacji, ze względu na brak indywidualnego planu, z treści *Karty zajęć terapeutycznych* nie wynikało, które z tych przykładowych zajęć rehabilitacyjnych zostały zalecone w procesie terapeutycznym ustalonym dla danego pacjenta. Zdaniem Najwyższej Izby Kontroli odnotowanie w ww. *Karcie* znakami: x – obecności; nb - nieobecności⁹¹

⁹¹ Pozostałe oznaczenia: uspr - usprawiedliwiona nieobecność oraz odm. - odmawia uczestnictwa.

nie spełnia wymogów, które określono w odniesieniu do sposobu dokumentowania zajęć rehabilitacyjnych.

(akta kontroli str. 773, 942-948)

Odnosząc się do braku wymiaru czasu zajęć rehabilitacyjnych w dokumentacji medycznej Ordynator Oddziału wyjaśniła: *Trudno jest zaplanować wymiar czasu zajęć rehabilitacyjnych ze względu na krótki czas pobytu (przeciętnie 18,23 dnia), ponadto w Oddziale jest duża rotacja pacjentów. Szczegółowe rozpisywanie wymiaru zajęć odbyłoby się kosztem czasu poświęconego pacjentom w indywidualnych rozmowach, dlatego świadomie nie wpisujemy szczegółów w dokumentacji; stosujemy krótki zapis o planie diagnostyczno-terapeutycznym.*

(akta kontroli str. 769-772)

Zdaniem Najwyższej Izby Kontroli ustalenie jedynie ogólnego, krótkiego i zarazem wstępnego (w dniu przyjęcia pacjenta do Oddziału) planu diagnostyczno-terapeutycznego, z pominięciem w dokumentacji medycznej etapu jego faktycznej realizacji, w tym opisu zmian czy korekt nie zasługuje na aprobatę, gdyż pozostawało w sprzeczności z ustalonymi w przepisach rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacyjnych wymogami dotyczącymi dokumentowania wymiaru czasu oraz innych danych o zrealizowanych oddziaływaniach rehabilitacyjnych.

(akta kontroli str. 942-948)

IV. Uwagi i wnioski

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

Uwagi Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

Wnioski 1. Doprowadzenie do przygotowania indywidualnych planów rehabilitacji małoletnich pacjentów uwzględniających wymiar czasu tych zajęć oraz zapewnienie odnotowywania przeprowadzenia wcześniej zaplanowanych zajęć w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów.

2. Doprowadzenie do tego, aby przymus bezpośredni był stosowany zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, a oceny stanu fizycznego osób, wobec których go zastosowano, dokonywane były przez osoby do tego uprawnione.

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie 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.

Opole, 30 sierpnia 2019 r.

Kontroler
Celina Augustyn
główny specjalista kontroli państwowej

C. Augustyn
.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Opolu
Dyrektor

Iwona Zyman
DIREKTOR
Delegatura NIK w Opolu
.....
podpis
Iwona Zyman

