



**Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Szczecinie**

Szczecin, dnia października 2011 r.

**Pani
Danuta Śliwa
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Specjalistycznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej „Zdroje”
w Szczecinie**

P/11/093
LSZ-4101-16-02/2011

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, (dalej *ustawa o NIK*), Najwyższa Izba Kontroli² skontrolowała Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdroje” w Szczecinie³ w zakresie przestrzegania praw pacjenta w lecznictwie psychiatrycznym w latach 2009- 2011 (I półrocze).

W związku z ustaleniami przedstawionymi w protokole kontroli, podpisanym w dniu 29.09.2011 r., Delegatura NIK w Szczecinie, stosownie do art. 60 ust. 1 ustawy o NIK, przekazuje Pani Dyrektor niniejsze wystąpienie.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działalność Szpitala w kontrolowanym zakresie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

1. W latach 2009-2011 (I półrocze) Szpital udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie lecznictwa psychiatrycznego w swojej siedzibie (przy ul. Mącznej 4) i w Centrum Psychiatrycznym (przy ul. Żołnierskiej 55). Struktura i zakres działania Szpitala były zgodne z wpisami do księgi rejestrowej Nr 32-0051, regulaminem porządkowym i Statutem.

W okresie 2009-2010 (do 7.04.) Szpital dysponował 382 łózkami w 9 stacjonarnych oddziałach psychiatrycznych, a od 8.04.2010 r. w 8 oddziałach (IV Oddział Ogólnopsychiatryczny zlikwidowano). W 2009 r. i w I półroczu 2011 r. wykorzystanie łóżek na oddziałach psychiatrycznych wynosiło odpowiednio 99,7% i 97,8%. W 2010 r. wynosiło 101% i zostało przekroczone w 3 oddziałach ogólnopsychiatrycznych (mimo że w III Oddziale wykorzystano 92,6% łóżek). W dniach 2-8.09.2011 r. w żadnym z 4 poddanych badaniu oddziałów psychiatrycznych liczba hospitalizowanych pacjentów nie przekraczała rzeczywistej liczby łóżek.

¹ Dz.U. z 2007 r. Nr 231, poz. 1701 ze zm.

² Delegatura w Szczecinie.

³ Dalej *Szpital*.

2. Stan zatrudnienia lekarzy oraz terapeutów zajęciowych w czerwcu 2011 r. w 4 objętych badaniem oddziałów (II, III i V Oddział Ogólnopsychiatryczny i VI Oddział Psychiatryczny Rehabilitacyjnym) był zgodny z umową⁴ zawartą z Zachodniopomorskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie⁵ i aneksami do umowy. W 2010 r. Szpital udzielił świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia psychiatrycznego ponad limit określony w umowie⁶. Nadwykonanie wyniosło 563,8 tys. zł i zostało sfinansowane na podstawie ugody zawartej z Funduszem.

3. NIK pozytywnie ocenia przestrzeganie przez Szpital praw pacjenta, zapewniając dostęp do informacji m.in. o regulaminie porządkowym, prawach pacjenta, trybie składania skarg i wniosków oraz działalności Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. W 3 z 10 oddziałów psychiatrycznych (znajdujących się w Centrum Psychiatrycznym) Szpital prowadził listy oczekujących na przyjęcie. Na tablicach informacyjnych umieszczono pisemną informację o zasadach przyjęć na oddziały - z informacją o możliwości zapisania się na listę oczekujących. Wyjątkiem był II Oddział Dzienny Psychiatryczny Rehabilitacyjny, który w „Kryteriach kwalifikacji pacjentów do psychoterapii grupowej pacjentów w II Oddziale” nie podał informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących, mimo wymogu określonego w § 11 pkt 9 załącznika do *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6.05.2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych*⁷. W pozostałych 7 oddziałach psychiatrycznych pacjentów przyjmowano w każdym przypadku wymagającym hospitalizacji.

Szpital nie przestrzegał wymogów *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych*⁸, dotyczących prowadzenia listy oczekujących w Oddziale Terapii Uzależnień od Alkoholu. W losowo wybranych miesiącach styczniu i maju 2011 r. żadnemu z 73 badanych wpisów na listę oczekujących nie nadano kolejnego numeru oraz nie podano następujących danych: godziny wpisu, rozpoznania lub powodu przyjęcia, dokładnego adresu świadczeniobiorcy (poza nazwą miejscowości), planowanego terminu udzielenia świadczenia, imienia i nazwiska oraz podpisu osoby dokonującej wpisu. Stanowiło to naruszenie wymogu określonego w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. a, b, e, f, h, i *ustawy o świadczeniach* i § 3 *zarządzenia Dyrektora nr 25/2010 z dnia 10.03.2010 r. w sprawie zasad rejestracji pacjentów we wszystkich komórkach medycznych Szpitala*. Ponadto w 32 przypadkach nie podano numeru PESEL pacjenta (7 w styczniu i 25 w maju), co było niezgodne z art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. d *ustawy o świadczeniach*.

⁴ nr 16-00-00761-11-19/04-11-45 z 2011 r.

⁵ Dalej ZOW NFZ

⁶ nr 16-00-00761-10-20/04-08-45 z 2008 r.

⁷ Dz.U. Nr 81, poz. 484.

⁸ Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm., zwanej dalej *ustawą o świadczeniach*.

4. We wszystkich 12 badanych sprawach (spośród 1.016 w kontrolowanym okresie) Szpital przestrzegał praw pacjentów przyjmowanych bez zgody na podstawie art. 23 i 24 *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*⁹. W 4 z 12 spraw ordynatorzy zatwierdzili decyzję lekarza o przyjęciu pacjenta bez zgody po upływie 48 godzin od chwili przyjęcia, a w 2 przypadkach Dyrektor ds. leczenia psychiatrycznego¹⁰ zawiadomił sąd o przyjęciu bez zgody po upływie 72 godzin, co stanowiło naruszenie terminów określonych w art. 23 ust. 4 *uoozp*. W żadnej z 12 spraw w dokumentacji medycznej pacjentów nie odnotowano informacji o powodach braku opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa przy przyjęciu pacjenta, mimo wymogu określonego w § 4 ust. 3 *rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 23.11.1995 r. regulującego szczegółowy sposób działania szpitala psychiatrycznego w sprawach przyjmowania oraz wypisywania ze szpitala psychiatrycznego*¹¹. W dokumentacji medycznej (w tym karcie historii choroby) nie było adnotacji o zapoznaniu pacjenta z planowanym postępowaniem leczniczym (art. 33 ust. 2 *uoozp*), poza odnotowaniem planu terapii.

W żadnej z 5 badanych dokumentacji medycznych pacjentów, wobec których przy przyjęciu zastosowano środki przymusu bezpośredniego, brak było oceny przez Dyrektora decyzji o przymusowym badaniu, przewidzianej art. 18 ust. 10 *uoozp* (poza zatwierdzeniem zastosowania środka przymusu bezpośredniego na karcie przebiegu stosowania unieruchomienia) oraz adnotacji o uprzedzeniu osoby badanej lub jej przedstawiciela ustawowego o przyczynach przeprowadzania badania (art. 21 ust. 2 *uoozp*).

We wszystkich 6 z 12 badanych spraw (spośród 402) pacjentów przyjętych bez zgody na podstawie art. 24 *uoozp* (na przymusową obserwację) przestrzegano dziesięciodniowego czasu zatrzymania pacjenta na obserwację (art. 24 ust. 2 *uoozp*).

Szpital przestrzegał praw pacjentów przy przymusowym zatrzymaniu na podstawie art. 28 *uoozp* we wszystkich 6 (spośród 204) badanych sprawach. Pacjentom wyjaśniano przyczyny przymusowego zatrzymania (odnotowane w karcie choroby), ordynatorzy terminowo zatwierdzali decyzje i powiadamiali dyrektora Szpitala o przymusowym zatrzymaniu (art. 23 ust. 2-5 *uoozp*).

Mimo wymogu określonego w § 8 *rozporządzenia MZiOS z 23.11.1995 r.*, Szpital nie ewidencjonował w „Rejestrze osób przyjętych do Szpitala” pacjentów przyjętych bez zgody w trybie art. 29 *uoozp* (tj. wnioskowym).

5. We wszystkich 15 objętych badaniem sprawach Szpital przestrzegał praw pacjentów niezdolnych z przyczyn prawnych lub faktycznych do wyrażenia zgody przy ich przyjmowaniu (5 pacjentów przyjętych na podstawie art. 22 ust. 3 *uoozp*, 5 przyjętych na podstawie art. 22

⁹ Dz.U. Nr 111, poz. 535 ze zm., zwanej dalej *uoozp*.

¹⁰ Zwany dalej *Dyrektorem*.

¹¹ Dz.U. Nr 150, poz. 736, zwanego dalej *rozporządzeniem MZiOS z 23.11.1995 r.*

ust. 4 *uoozp* i 5 przyjętych na podstawie art. 22 ust. 2 *uoozp*). We wszystkich badanych przypadkach Szpital uzyskał pisemną zgodę pacjenta na przyjęcie, jego przedstawiciela ustawowego (art. 22 ust. 3 i ust. 4 *uoozp*) lub jego przedstawiciela ustawowego wyrażoną za zezwoleniem sądu opiekuńczego (art. 22 ust. 5 *uoozp*). We wszystkich sprawach pacjentów przyjętych na podstawie art. 22 ust. 2 *uoozp*, sędziemu wizytującemu Szpital przedstawiono adnotacje o poważnych wątpliwościach, co do zdolności pacjenta do wyrażania zgody na przyjęcie.

6. NIK pozytywnie ocenia przestrzeganie praw pacjentów w trakcie postępowania leczniczego przy stosowaniu zabiegów o podwyższonym ryzyku i środków przymusu bezpośredniego. W 4 z 6 objętych badaniem spraw (z 73 ogółem) pacjenta poinformowano o dających się przewidzieć skutkach zabiegów i uzyskano jego pisemne oświadczenie, wyrażające zgodę na zabieg lub uzyskano zgodę sądu na ich wykonanie (§ 2 ust. 1 i ust. 2 *rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 4.08.1995 r. w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych wymagających odrębnej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego*¹²). W pozostałych 2 sprawach, Szpital nie uzyskał zgody pacjentów, a zabiegi wykonał w stanie zagrożenia życia (co adnotowano w dokumentacji medycznej).

Zgodnie z wymogami art. 18 ust. 2 *uoozp* i § 13 *rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 23.08.1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego*¹³ w dokumentacji medycznej pacjentów we wszystkich 9 objętych badaniem sprawach (z 2.965 ogółem) odnotowano każdy przypadek zastosowania środka przymusu. Decydującym o zastosowaniu tego środka był lekarz psychiatria lub lekarz w trakcie specjalizacji, który zawiadamiał Dyrektora o zastosowaniu środka przymusu na formularzu zgodnym ze wzorem. W 8 z 9 badanych spraw dotyczących unieruchomienia mechanicznego pacjenta, Szpital przestrzegał wymogów w zakresie: czasu zastosowania unieruchomienia, kontrolowania stanu fizycznego osoby unieruchomionej przez pielęgniarki dyżurne, o czym zamieszczano adnotację w Karcie przebiegu stosowania unieruchomienia, prowadzonej zgodnie ze wzorem (§ 9 ust. 1 i 2 oraz § 13 *rozporządzenia ws. stosowania przymusu bezpośredniego*). W przypadku 9 badanych spraw żaden z 7 lekarzy (2 lekarzy psychiatrów i 5 lekarzy w trakcie specjalizacji) nie posiadał w aktach osobowych dokumentu potwierdzającego odbycie szkolenia w zakresie stosowania środków przymusu bezpośredniego. W 2009 r. w Szpitalu przeprowadzone zostało tylko jedno szkolenie (przez ordynatora III Oddziału Ogólnopsychiatrycznego) dotyczące zasad stosowania środków przymusu bezpośredniego. Przepis § 17 *rozporządzenie ws. stosowania przymusu bezpośredniego* stanowi, że przymus bezpośredni w szpitalu psychiatrycznym może być stosowany wyłącznie przez wyszkolonych w tym zakresie pracowników medycznych lub w ich obecności, a szkolenie organizuje kierownik szpitala.

¹² Dz. U. Nr 100, poz. 503.

¹³ Dz. U. Nr 103, poz. 514, dalej *rozporządzenie ws. stosowania przymusu bezpośredniego*.

7. Szpital zapewnił pacjentom warunki zachowania intymności przy przeprowadzaniu badań i wykonywaniu zabiegów. Rozmowy z rodziną pacjenta (opiekunami) odbywały się w odrębnych pomieszczeniach. Spożywanie posiłków i rekreacja były zorganizowane poza salami chorych. Pacjentom zapewniono dostęp do innych specjalistycznych świadczeń medycznych, w tym stomatologicznych (poprzez zawarcie umów na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez inne specjalistyczne zakłady opieki zdrowotnej oraz uruchomienie w Szpitalu gabinetu stomatologicznego). Szpital określił procedury dotyczące przechowywania i zabezpieczenia środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych należących do pacjentów, w tym m.in. zasady ewidencji środków pieniężnych oraz zasady otrzymywania i korzystania przez pacjentów z przekazów pieniężnych rent i emerytur.

W 39 z 55 kontrolowanych sal chorych drzwi otwierały się do wewnątrz (poza salą chorych nr 18 w V Oddziale Ogólnopsychiatrycznym i salami chorych w VI Oddziale Psychiatrycznym Rehabilitacyjnym), co stanowiło naruszenie wymogu określonego w załączniku nr 1 rozdz. X pkt 4 do *rozporządzenia Ministra Zdrowia z 2.02.2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*¹⁴.

Dostęp do 179 z 265 łóżek w 4 badanych oddziałach był możliwy z trzech stron (w tym dwóch dłuższych). Do 86 łóżek w II, III i V Oddziale Ogólnopsychiatrycznym (32,5% ogółem) łóżka dostępne były z jednej lub z dwóch stron (w tym krótszej i dłuższej), co naruszało wymóg określony w § 17 *rozporządzenia Ministra Zdrowia z 2.02.2011 r.* stanowiący, że łóżka powinny być dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.

Z wyjaśnień Dyrektora wynika, że prowadzone prace remontowo-modernizacyjne (zakończone na VI Oddziale Psychiatrycznym Rehabilitacyjnym) mają na celu dostosowanie pomieszczeń Szpitala do wymogów *rozporządzenia Ministra Zdrowia z 2.02.2011 r.*

8. NIK pozytywnie ocenia współpracę Szpitala z rodzinami (opiekunami prawnymi) pacjentów, Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, Urzędem Marszałkowskim Województwa Zachodniopomorskiego oraz Miastem i Gminą Szczecin w zakresie organizowania wsparcia społecznego pacjentów, m.in. poprzez działania na rzecz promocji zdrowia psychicznego.

NIK pozytywnie ocenia opracowanie przez Szpital systemu kontroli wewnętrznej przestrzegania praw pacjenta, leczonego na oddziałach psychiatrycznych i jego funkcjonowanie. Równocześnie stwierdzono, że w badanym okresie 10 z 11 skarg przekazanych przez Rzecznika nie zostało zewidencjonowanych Centralnym Rejestrze Skarg i Wniosków, co było niezgodne z § 1 ust. 1 *zarządzenia Dyrektora Nr 13/2005 z 5.04.2005 r. i Nr 85/2010 z 21.06.2010 r.*

¹⁴ Dz.U. Nr 31, poz. 158, dalej *rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2.02.2011 r.*

w sprawie organizacji załatwiania skarg i wniosków. Szpital terminowo rozpatrzył 20 z 23 skarg i wniosków dotyczących oddziałów psychiatrycznych. Trzy sprawy przekazane Dyrektorowi przez Rzecznika zostały rozpatrzone w terminie od 81 do 88 dni, co było niezgodne z pkt 15 Procedury przyjmowania skarg i wniosków w Szpitalu, który stanowił, że skargi wnioski powinny być rozpatrzone bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie jednego miesiąca, a w sprawach szczególnie skomplikowanych - nie później niż w ciągu 2 miesięcy.

9. W badanym okresie Szpital przeprowadzał pięcioletnie i roczne kontrole stanu budynków, poza przeglądem przewodów kominowych w 2009 r. w Centrum Psychiatrycznym oraz coroczną kontrolą elementów budynku, budowli i instalacji, określoną w art. 62 ust. 1 pkt 1 a i c ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. - *Prawo budowlane*¹⁵, której Szpital nie przeprowadził do dnia 25.07.2011 r. Dla wszystkich 6 budynków mieszczących oddziały psychiatryczne (w tym izba przyjęć i poradnie), Szpital prowadził książki obiektów budowlanych, w których odnotowywano informację o przeprowadzonych kontrolach na podstawie art. 62 ust. 1 pkt 1 i pkt 2 ustawy - *Prawo budowlane*. Szpital wykonał zalecenia pokontrolne wynikające ze wszystkich kontroli przeprowadzonych w latach 2009-2011 (I półrocze) w zakresie stanu higieniczno-sanitarnego obiektów oraz spełnienia wymogów przeciwpożarowych.

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi, na podstawie art. 60 ust. 2 ustawy o NIK, Najwyższa Izba Kontroli wnosi o:

1. Ewidencjonowanie w „Rejestrze osób przyjętych do Szpitala” pacjentów przyjętych bez zgody w trybie art. 29 uoouz (wnioskowym), zgodnie z wymogiem określonym § 8 rozporządzenia MZiOS z 23.11.1995 r.
2. Przestrzeganie przy prowadzeniu listy oczekujących na świadczenia w Oddziale Terapii Uzależnień od Alkoholu wszystkich wymogów określonych w art. 20 ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach i § 3 zarządzenia Dyrektora nr 25/2010 z 10.03.2010 r. w sprawie zasad rejestracji pacjentów.
3. Umieszczenie informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących w II Oddziale Dziennym Psychiatrycznym Rehabilitacyjnym zgodnie z wymogiem określonym w § 11 pkt 9 załącznika nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6.05.2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.
4. Przestrzeganie terminów zatwierdzania przez ordynatorów decyzji o przyjęciu pacjentów bez zgody i zawiadamiania sądu o tym fakcie, zgodnie z art. 23 ust. 4 uoouz.
5. Informowanie pacjentów przyjętych bez zgody o przyczynach stosowania przymusu bezpośredniego przy badaniu oraz o planowanym postępowaniu leczniczym.

¹⁵ Dz.U. z 2010 r. Nr 243, poz. 1623 ze zm., zwanej dalej ustawą - *Prawo budowlane*.

6. *Dostosowanie pomieszczeń w II, III i V Oddziale Ogólnopsychiatrycznym do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z 2.02.2011 r..*
7. *Rejestrowanie wszystkich skarg w Centralnym Rejestrze Skarg i Wniosków zgodnie z § 1 ust. 1 zarządzenia Dyrektora Nr 85/2010 z 21.06.2010 r. i rozpatrywania ich w terminie określonym w pkt 15 Procedury przyjmowania skarg i wniosków.*

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Szczecinie, na podstawie art. 62 ust. 1 *ustawy o NIK*, zwraca się do Pani Dyrektor o nadesłanie, w terminie miesięcznym od daty otrzymania niniejszego wystąpienia, informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków oraz o podjętych działaniach lub o przyczynach niepodjęcia tych działań.

Zgodnie z treścią art. 61 ust.1 *ustawy o NIK*, w terminie 7 dni od dnia otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, przysługuje Pani Dyrektor prawo zgłoszenia na piśmie do Dyrektora Delegatury NIK w Szczecinie umotywowanych zastrzeżeń w sprawie ocen, uwag i wniosków zawartych w tym wystąpieniu.

W razie zgłoszenia zastrzeżeń, termin nadesłania informacji, o którym wyżej mowa, liczy się - stosownie do art. 62 ust. 2 *ustawy o NIK* - od dnia otrzymania ostatecznej uchwały w sprawie zastrzeżeń.