



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Zielonej Górze

LZG.410.007.04.2019

Andrzej Żywień
SPZOZ Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży
w Zaborze Szpital Psychiatryczny
ul. Zamkowa 1, 66-003 Zabór

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze Szpital Psychiatryczny (dalej: <i>SPZOZ</i> lub <i>Szpital</i>) ul. Zamkowa 1, 66-003 Zabór
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Żywień, dyrektor, od 6 grudnia 2018 r. ¹ W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Krzysztof Krzyżanowski, dyrektor, od 15 maja 1990 r. do 23 lipca 2018 r. Małgorzata Ciesielska, pełniąca obowiązki dyrektora, od 20 czerwca 2018 r. do 5 grudnia 2018 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 Zielonej Górze
Kontrolerzy	1. Anna Huziej, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli numer LZG/64/2019 z 14 maja 2019 r. 2. Dorota Rudnicka-Kawa, starszy inspektor kontroli państwowej upoważnienie do kontroli numer LZG/73/2019 z 27 maja 2019 r.

(akta kontroli str. 1-2)

¹ W okresie od 06.12.2018 r. do 28.02.2019 r. pełnił obowiązki dyrektora.

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

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu udzielano świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego małoletnim (do 18 roku życia), zgodnie z dokumentami organizacyjnymi jednostki.

Wykorzystanie bazy łóżkowej w Szpitalu wynosiło niemal 100%, a mimo tego przyjęcia do Szpitala nie odbywały się na bieżąco. W Szpitalu prowadzono listę oczekujących. Nie stwierdzono tendencji wzrostowej ani spadkowej liczby oczekujących na przyjęcie w badanym okresie, liczba oczekujących na przyjęcie do Szpitala w poszczególnych latach miała charakter sezonowy.

Pracownicy udzielający świadczeń na oddziale psychiatrycznym spełniali wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami⁴. Szpital zapewnił obsadę lekarzy i osób prowadzących terapię zajęciową w Oddziale na poziomie wynikającym z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień⁵. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że liczba lekarzy w 2018 r. zmalała w stosunku do 2017 r. (z 11,56 do 7,53⁶ w przeliczeniu na etat), czego konsekwencją było zmniejszenie kontraktu zawartego z NFZ). Obsada psychologów 2017 r. odpowiadała wymaganiom określonym w ww. rozporządzeniu, natomiast w roku 2018 i w I kwartale 2019 r. była niższa od wymaganej.

Małoletnim zapewniono odpowiednie warunki bytowe, udział w różnych formach terapii, możliwość pobierania nauki oraz korzystania z fizjoterapii w Zakładzie Fizjoterapii znajdującym się w Szpitalu. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że dla żadnego z pacjentów nie opracowano planu zajęć rehabilitacyjnych, o którym mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych⁷. Kontrolowana jednostka respektowała prawa małoletnich pacjentów poprzez m.in. zapewnienie prawa do kontaktu z najbliższymi, możliwość korzystania z tzw. przepustek, czy dostęp do Rzecznika Praw Pacjenta funkcjonującego na terenie Szpitala.

Zalecenia wydane w wyniku kontroli sanitarno-epidemiologicznych oraz bezpieczeństwa pożarowego zostały zrealizowane.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły: prowadzenia dokumentacji medycznej⁸ z naruszeniem przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁹ (dalej: *rozporządzenie w sprawie DM*) i niezgodności kodu rozpoznania głównego przekazanego do NFZ z wynikającym z dokumentacji medycznej, a w efekcie uzyskanie z NFZ kwoty wyższej od należnej z tytułu udzielonych świadczeń o blisko 8 tys. zł. Ponadto stwierdzono, że w stosowaniu przymusu bezpośredniego brały udział osoby, które nie zostały poinformowane

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

⁴ Dz. U. Nr 151, poz. 896.

⁵ Dz. U. poz. 1386, ze zm.

⁶ W liczbie tej uwzględniono lekarzy, z którym zawarto umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dyżurów lekarskich.

⁷ Dz. U. poz. 522.

⁸ Ustalono na próbie 25 spraw objętych szczegółowym badaniem.

⁹ Dz. U. poz. 2069.

o okolicznościach, zasadach i sposobie zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, co stanowiło naruszenie art. 18 c ust. 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego¹⁰ oraz § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania¹¹. W przypadku dwóch skarg z trzech skarg, które wpłynęły do Szpitala stwierdzono naruszenie przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego¹² w zakresie załatwiania skarg¹³.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

Organizacja systemu diagnozowania i leczenia zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży

Opis stanu faktycznego

1. Zgodnie z regulaminem organizacyjnym¹⁴ Szpital wchodzi w skład Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze, którego celem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych dzieciom i młodzieży w zakresie zdrowia psychicznego oraz promocja zdrowia. Komórką organizacyjną Szpitala jest oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży (dalej: *Oddział*). W celu zapewnienia podziału wiekowego pacjentów w Oddziale funkcjonują pododdziały:

- ✓ psychiatryczny dla młodzieży,
- ✓ psychiatryczny dla dzieci,
- ✓ psychiatryczny obserwacyjny dla dzieci i młodzieży.

(akta kontroli str. 12-54)

W wyniku oględzin przeprowadzonych w toku kontroli ustalono, że w Szpitalu funkcjonowały dwa pododdziały psychiatryczne, tj. dla młodzieży i dla dzieci, a nie trzy (tj. dla młodzieży, dla dzieci, obserwacyjny dla dzieci i młodzieży¹⁵) jak wynika z regulaminu organizacyjnego. Stosownie do przepisu art. 23 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁶ sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika. W regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się strukturę organizacyjną zakładu leczniczego – art. 24 ust. 1 pkt 3 wyżej powołanej ustawy.

(akta kontroli str. 55-57)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *ograniczenie liczby pododdziałów z 3 do 2 jest rozwiązaniem czasowym związanym z koniecznością przeprowadzenia remontu na tym pododdziale. Po przeprowadzeniu koniecznego remontu pododdział obserwacyjny dla dzieci i młodzieży będzie funkcjonował ponownie. Przywrócenie*

¹⁰ Dz. U. z 2018 r., poz. 1878 ze zm.

¹¹ Dz. U. poz. 740, uchylone z dniem 31.12.2018 r.

¹² Dz. U. z 2018 r., poz. 2096 ze zm.

¹³ W jednym przypadku nie udzielono odpowiedzi na skargę, a w jednym przypadku odpowiedzi udzielono z nieznacznym naruszeniem terminu (1 dzień).

¹⁴ Wprowadzony zarządzeniem dyrektora numer 9 z dnia 30.05.2014 r. zmieniony zarządzeniem dyrektora numer 20 z dnia 15.12.2017 r.

¹⁵ Od 08.05.2019 r. pododdział obserwacyjny połączono z pododdziałem dla młodzieży.

¹⁶ Dz. U. z 2018 r., poz. 2190 ze zm.

funkcjonowania pododdziału obserwacyjnego jest planowane na miesiąc wrzesień 2019 r., dlatego też zapisy Regulaminu w tym zakresie nie zostały zmienione.

(akta kontroli str. 55-57)

2. W latach 2017-2019 (I kwartał) średnia liczba łóżek faktycznych na oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży utrzymywała się na stałym poziomie – 90 w każdym roku. Średnia liczba łóżek rzeczywistych¹⁷ wynosiła w tym okresie, odpowiednio: 83, 73 i 68.

W kontrolowanym okresie faktyczna liczba łóżek była wyższa od rzeczywistej o 7 w 2017 r.; o 17 w 2018 r. i o 22 w I kwartale 2019 r.

(akta kontroli str. 59)

Przełożona pielęgniarek wyjaśniła, że na Oddziale zawsze znajdują się łóżka tzw. rezerwowe na wypadek, gdyby wystąpiła konieczność przyjęcia większej liczby pacjentów niż wynikająca z kontraktu zawartego z NFZ. W 2018 i 2019 jest duża liczba niewykorzystanych łóżek z uwagi na obniżenie (od 1 lipca 2018 r.) kontraktu zawartego z NFZ z 80 do 66 łóżek.

(akta kontroli str. 60-61)

W Szpitalu nie stwierdzono występowania łóżek wyłączonych z eksploatacji ani dostawek na korytarzach¹⁸.

(akta kontroli str. 55-57)

W 2017-2019 (I kwartał) liczba leczonych w Szpitalu wynosiła, odpowiednio, 756; 594 i 155.

W latach 2017-2019 (I kwartał) wskaźnik przelotowości łóżek rzeczywistych (tj. stosunek liczby leczonych w danym okresie do średniej liczby łóżek rzeczywistych w danym okresie sprawozdawczym) wynosił, odpowiednio, 9,1; 8,1 i 2,3.

Średnie wykorzystanie łóżka w roku¹⁹ (tj. stosunek liczby osobodni do średniej liczby łóżek rzeczywistych wynosiło) w 2017 r. – 354,61 osobodni (tj. 97,2% wykorzystania łóżka w roku); w 2018 r. – 362,56 osobodni (tj. 99,3% wykorzystania łóżka w roku); a w I kwartale 2019 r. – 89,9 osobodni (tj. 24,6% wykorzystania łóżka w roku).

Przeciętny pobyt chorego w roku²⁰ wynosił w latach 2017-2019 (I kwartał), odpowiednio, 38,9; 44,6 i 39,5 osobodni.

(akta kontroli str.59)

Liczba hospitalizowanych w latach 2017-2019 (I kwartał) wynosiła, odpowiednio, 756; 594 i 155. Czas hospitalizacji w ww. okresie przedstawiał się następująco:

- do 14 dni: 109; 70; 17 pacjentów;
- od 15 dni do 1 miesiąca (30 dni): 205; 126; 27;
- od 2 do 3 miesięcy (od 31 do 90 dni): 432; 389; 110;
- od 4 do 6 miesięcy (od 91 do 180 dni): 6; 5; 1;
- powyżej 6 miesięcy: 4; 4; 0.

(akta kontroli str. 62-66)

¹⁷ Łóżka wykorzystane do realizacji umowy z NFZ.

¹⁸ Oględziny w dniu 04.07.2019 r.

¹⁹ Stosunek liczby osobodni do średniej liczby łóżek rzeczywistych.

²⁰ Liczba osobodni/liczba leczonych

W latach 2017-2019 (I kwartał) Szpital nie świadczył psychiatrycznych usług zdrowotnych ponad limit określony w umowach zawartych na ten okres.

(akta kontroli str.(62-66,326)

Opis dotyczący umów zawartych i zrealizowanych przedstawiono w punkcie 4 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

Księga oczekujących na przyjęcie na Oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży jest prowadzona w programie informatycznym KS MEDIS moduł Izba Przyjęć i zawiera: numer kolejny wpisu; imię, nazwisko i numer PESEL pacjenta; data wpisania na listę; planowaną datę przyjęcia; datę zamknięcia (tj. przyjęcie na Oddział lub skreślenie z listy); określenie rodzaju przypadku: pilny lub stabilny.

W zakładce *Statystyka* możliwe jest generowanie raportów o liczbie oczekujących (tygodniowo, miesięcznie, a od 01.07.2019 r. codziennie) z podziałem na przypadki pilne/stabilne, które zawierają następujące dane: liczba oczekujących, średni czas oczekiwania, liczba skreślonych, liczba przyjętych, liczba przyjętych w okresie 3 miesięcy.

W zakładce tej znajduje się opcja eksport do NFZ, która umożliwia zapisanie raportu o liczbie oczekujących na pulpicie. Raport ten jest następnie przekazywany pocztą elektroniczną do LOW NFZ.

(akta kontroli str. 67)

Sekretarka medyczna²¹ oświadczyła, że *nie jest możliwe wygenerowanie informacji o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia przekazanych do Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze według stanu na dzień 31 sierpnia 2017 r., 31 sierpnia 2018 r. i 28 lutego 2019 r.*

(akta kontroli str. 68)

Liczba oczekujących i czas oczekiwania na przyjęcie (dla przypadków stabilnych) według stanu na koniec każdego kwartału okresu 2017-2019 (I kwartał) przedstawiała się następująco:

- 31.03.2017 r. - 46 (średni czas oczekiwania w dniach – 15),
- 30.06.2017 r. - 74 (średni czas oczekiwania w dniach – 24),
- 30.09.2017 r. - 15 (średni czas oczekiwania w dniach – 26),
- 31.12.2017 r. - 56 (średni czas oczekiwania w dniach – 13),
- 31.03.2018 r. - 88 (średni czas oczekiwania w dniach – 24),
- 30.06.2018 r. - 71 (średni czas oczekiwania w dniach – 31),
- 30.09.2018 r. - 10 (średni czas oczekiwania w dniach – 35),
- 31.12.2018 r. - 34 (średni czas oczekiwania w dniach – 11),
- 31.03.2019 r. - 49 (średni czas oczekiwania w dniach – 23).

(akta kontroli str. 69)

Z powyższego wynika, że najmniejsza liczba pacjentów oczekujących była na koniec III kwartału 2017 r. i 2018 r., natomiast najkrótszy czas oczekiwania na koniec IV kwartału 2017 r. i 2018 r. Liczba pacjentów oczekujących na przyjęcie na koniec I kwartału 2019 r. była wyższa od liczby oczekujących na przyjęcie na koniec IV kwartału 2018 r., natomiast średni czas oczekiwania wydłużył się o 12 dni.

Przełożona pielęgniarek wskazała, że: *liczba oczekujących i czas oczekiwania ma charakter sezonowy, zależy od tego, który okres danego roku bierzemy pod uwagę. W miesiącach lipiec i sierpień jest mniej pacjentów na Oddziale (z uwagi na wakacje), dlatego też pacjenci, którzy zgłaszają się w tym okresie są przyjmowani*

²¹ Do zadań, której należało m.in. prowadzenie list oczekujących na świadczenia.

bardzo często bez oczekiwania lub czas oczekiwania jest krótszy niż w pozostałych miesiącach roku. Duża liczba skierowań wpływa w IV kwartale, z uwagi na rozpoczęcie roku szkolnego i związane z tym problemy oraz okres jesienno-zimowy sprzyjający depresjom i zaburzeniom nastroju.

(akta kontroli str.70)

Nie stwierdzono występowania na liście oczekujących (w badanym okresie) przypadków pilnych.

(akta kontroli str. 69)

W latach 2017-2019 (I kwartał) wystąpiło 41 przypadków odmowy przyjęcia pacjenta do Szpitala (odpowiednio: 21, 7 i 3). W Szpitalu prowadzona jest księga odmów. Na podstawie badania 20²² z 41 (tj. 48,8%) przypadków odmowy przyjęcia do Szpitala ustalono m.in., że:

- a) wszystkie odmowy zostały zarejestrowane i uzasadnione;
- b) przyczyny odmowy były następujące:
 - brak kontaktu logicznego z pacjentem (1 przypadek) i zatrucie środkami psychoaktywnymi (1 przypadek). W tych przypadkach pacjentów skierowano do innych szpitali;
 - brak wymaganej samodzielności na oddziale psychiatrycznym, duże przywiązanie do matki i brak bezwzględnych wskazań do przyjęcia (1 przypadek)²³;
 - pacjent po spożyciu alkoholu – brak bezwzględnych wskazań do hospitalizacji (1 przypadek);
 - brak wskazań do przyjęcia w trybie nagłym – 14,
 - ogólny zły stan zdrowia pacjentki – zalecono pilną diagnostykę neurologiczną – 1 przypadek;
 - brak miejsc na oddziale w momencie zgłoszenia się pacjenta, wydano skierowanie na Oddział w trybie pilnym (przyjęcie na pierwsze wolne łóżko jakie będzie na Oddziale) – 1 przypadek²⁴.

(akta kontroli str. 71-91)

W latach 2017-2019 (I kwartał) hospitalizowanych było, odpowiednio: 756; 594 i 155 pacjentów. W 2018 r. i I kwartale 2019 r. za zgodą pacjenta (lub opiekuna) hospitalizowano, odpowiednio: 544 i 138 osób, co stanowiło 91,6% i 89% ogółu pacjentów w tym okresie²⁵.

(akta kontroli str. 62-66)

W toku kontroli szczegółowym badaniem objęto dokumentację 25 pacjentów hospitalizowanych w latach 2017-2019 (I kwartał)²⁶ i ustalono, że:

- w 23 przypadkach przyjęcie pacjenta do Szpitala nastąpiło za zgodą opiekuna (lub pacjenta). We wszystkich ww. przypadkach zgoda na przyjęcie do Szpitala została wyrażona w odrębnym dokumencie, a ponadto w 19 dokonano stosownego wpisu w dokumentacji medycznej;

²² 2017 r. – 8 przypadków, 2018 r. – 9 przypadków i 2019 r. – 3 przypadki.

²³ Odmowa dotyczyła dziecka w wieku 5 lat, wypisano receptę na leki i zalecono kontrolę w Poradni Zdrowia Psychicznego.

²⁴ Odmowa przyjęcia w dniu 03.01.2017 r.; pacjent zakwalifikowany do przyjęcia w dniu 04.01.2017 r., stanął się na oddział 06.01.2017 r.

²⁵ Brak możliwości ustalenia liczby pacjentów hospitalizowanych za zgodą w 2017 r., z uwagi na fakt, że rejestry umożliwiające pozyskanie takich danych są prowadzone od 19 lipca 2017 r.

²⁶ 2017 r. – 10 pacjentów; 2018 r. – 10 pacjentów i 2019 r. (I kwartał) – 5 pacjentów.

➤ w 2 przypadkach pacjentów hospitalizowano bez zgody opiekuna lub pacjenta. Szpital zawiadomił Sąd o przyjęciu tych pacjentów na hospitalizację. Sąd nie wydał postanowienia o braku podstaw do przyjęcia w ww. przypadkach,

➤ we wszystkich ww. przypadkach przyjęcie do Szpitala zostało poprzedzone osobistym badaniem przez lekarza, który stwierdził, że są wskazania do przyjęcia, co było zgodne z art. 22 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (dalej: *ustawa o ozp*).

(akta kontroli str. 92-160)

W latach 2017-2019 (I kwartał) w przypadku trzech pacjentów (2017 r. – 1, 2018 r. – 2) przyjętych do Szpitala bez ich zgody Sąd wydał postanowienie o braku podstaw do przyjęcia. Ww. osoby niezwłocznie wypisano ze Szpitala.

W latach 2017-2019 (I kwartał) wystąpiły przypadki hospitalizowania pacjentów bez wymaganej zgody, odpowiednio, 28²⁷; 50 i 17, w tym:

✓ liczba pacjentów hospitalizowanych w trybie nagłym (art. 23 ustawy o ozp): 20; 39 i 17;

✓ liczba pacjentów hospitalizowanych w trybie „przymusowej obserwacji” art. 24 ustawy o ozp: 8; 11 i 0.

W kontrolowanym okresie nie wystąpiły przypadki hospitalizowania osób małoletnich w trybie określonym w art. 29 ustawy o ozp.

W latach 2017-2019 (I kwartał) wystąpiło 29 przypadków, odpowiednio: 10; 14 i 5 hospitalizowania pacjentów na podstawie innych ustaw niż *ustawa o ozp*, w tym:

✓ na podstawie art. 12 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich²⁸ - 10 przypadków (6, 2 i 2);

✓ na podstawie art. 25 i 26 ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich – 19 przypadków (4, 12 i 3).

(akta kontroli str. 62-66)

3.1. W latach 2017-2019 (I kwartał) Szpital spełniał wymagania w zakresie warunków realizacji świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży określonych w załączniku nr 1 poz. 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień²⁹ (dalej: *rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych*), dotyczące lekarzy i terapeutów zajęciowych:

a) liczba lekarzy³⁰ udzielających świadczeń w przeliczeniu na etat wynosiła według stanu na dzień:

31.12.2017 r.: 11,86³¹ (wymagana przepisami rozporządzenia w sprawie gwarantowanych świadczeń – 5 etatów, stan pożądany – 9 etatów),

²⁷ Dane obejmują okres od 19.07.2017 r. do 31.12.2017 r., z uwagi na fakt, że stosowny rejestr założono od 19.07.2017 r.

²⁸ Dz. U. z 2018 r., poz. 969.

²⁹ Dz. U. poz. 1386 ze zm.

³⁰ Lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dziecięcej, lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży.

³¹ W liczbie tej uwzględniono lekarzy, z którym zawarto umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dyżurów lekarskich. W grudniu 2017 r. osoby te pełniły dyżury w wymiarze 554 godzin, co w przeliczeniu na etat daje 3,47 etatu.

31.12.2018 r.: 7,53³² (wymagana przepisami rozporządzenia w sprawie gwarantowanych świadczeń – 4,125 etatów, stan pożądany 8 etatów),
31 marca 2019 r.: 7,47³³ (wymagana przepisami rozporządzenia w sprawie gwarantowanych świadczeń – 4,125 etatów, stan pożądany – 8 etatów),

b) liczba osób prowadzących terapię zajęciową:

31.12.2017 r.: w przeliczeniu na etat wynosiła 4 (wymagana przepisami rozporządzenia 1,3; stan pożądany – 5 etatów),
31.12.2018 r. w przeliczeniu na etat wynosiła 4 (wymagana przepisami rozporządzenia 1,1; stan pożądany – 5 etatów),
31.03.2019 r. w przeliczeniu na etat wynosiła 4 (wymagana przepisami rozporządzenia 1,1; stan pożądany – 5 etatów).

W 2017 r. Szpital spełniał wymagania w zakresie warunków realizacji świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży określonych w załączniku numer 1 poz. 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, dotyczące zatrudnienia psychologów - liczba psychologów udzielających świadczeń w przeliczeniu na etat wynosiła 8,64 (wymagana przepisami rozporządzenia – 8, stan pożądany 9,5 etatu). W latach 2018-2019 (I kwartał) liczba psychologów udzielających świadczeń była niższa niż określona przepisami rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych i wynosiła według stanu na dzień:

31.12.2018 r. - 6,56 w przeliczeniu na etat, a według wyżej powołanych przepisów winna wynosić 6,6 etatu (stan pożądany 9,5 etatu),

31.03.2019 r. - liczba psychologów udzielających świadczeń była niższa niż określona przepisami ww. rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych (tj. 6,6 etatu) i w przeliczeniu na etat wynosiła 5,47 (stan pożądany 9,5 etatu).

(akta kontroli str. 161-162)

Dyrektor Szpitala i główna księgowa³⁴ wyjaśnili, że wynikało to z braku psychologów zainteresowanych pracą w Oddziale psychiatrycznym, z uwagi na fakt, iż praca ta jest bardziej wymagająca od pracy w Poradni Zdrowia Psychicznego. Jednocześnie należy zwrócić uwagę na fakt, że liczba zatrudnionych psychologów jest większa, jednak przebywają oni na długotrwałych zwolnieniach lekarskich, urlopach (macierzyńskich, rodzicielskich, wychowawczych), a tym samym jest duże prawdopodobieństwo powrotu ww. osób do pracy.

Ponadto dyrektor wskazał, że jeden z psychologów, zatrudniony na ½ etatu, zadeklarował powrót do pracy z urlopu od października 2019 r. i zwiększenie wymiaru zatrudnienia do jednego etatu. Ponadto podejmują działania mające na celu zatrudnienie nowych psychologów w Szpitalu.

(akta kontroli str.163-165)

Pracownicy udzielający świadczeń na oddziale psychiatrycznym (lekarze, psychologowie, pielęgniarki, osoby prowadzące terapię zajęciową) spełniali wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r.

³² W liczbie tej uwzględniono lekarzy, z którym zawarto umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dyżurów lekarskich. W grudniu 2018 r. ww. osoby pełniły dyżury w wymiarze 600 godzin łącznie, co w przeliczeniu na etaty daje 3,75 etatu.

³³ W liczbie tej uwzględniono lekarzy, z którym zawarto umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dyżurów lekarskich. W marcu 2019 r. ww. osoby pełniły dyżury w wymiarze 532 godzin łącznie, co w przeliczeniu na etaty daje 3,32 etatu.

³⁴ W 2018 r. pełniła obowiązki dyrektora Szpitala.

w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami³⁵.

(akta kontroli str. 165-168)

W latach 2017-2019 (I kwartał) w Szpitalu terapię zajęciową prowadziły cztery osoby³⁶. W ww. okresie nie zatrudniano rehabilitantów psychiatrycznych.

(akta kontroli str. 161-162)

Zastępca kierownika Oddziału wskazała, że *rehabilitacją psychiatryczną w Szpitalu zajmowali się psycholodzy i psychoterapeuci. Rehabilitacja psychiatryczna w ścisłym znaczeniu tego słowa ma zastosowanie przede wszystkim w terapii osób dorosłych, a nie dzieci i młodzieży.*

(akta kontroli str. 169-172)

W Szpitalu prowadzono następujące rodzaje zajęć terapeutycznych: trening czystości (codzienne czynności – mycie, ścielenie łóżka), zebranie społeczności (omówienie spraw bieżących dotyczących funkcjonowania w oddziale i indywidualnych problemów, jeśli dziecko chce o nich mówić na forum), w którym bierze udział psycholog, opiekun/terapeuta zajęciowy, siłwoterapia (spacery, wycieczki), ludoterapia (gry i zabawy stolikowe, świetlicowe, quizy), kinezyterapia (zajęcia sportowe - ruchowe, głównie gry zespołowe), terapia zajęciowa manualna (arteterapia – m.in. wyplatanie, malowanie, tworzenie ozdób), muzykoterapia – zajęcia muzyczne – śpiew, występy, zajęcia taneczne, bajkoterapia (słuchowiska, czytanie bajek przez opiekunów), pilates.

Informacje o tym, jaki rodzaj zajęć i w jakim dniu się odbył były odnotowywane w zeszytach raportów opiekuńczych (nie była odnotowywana liczba uczestników zajęć oraz godziny, w jakich zajęcia się odbywały).

Od 2018 r. do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów dołączana jest karta udziału w zajęciach terapeutycznych (zawierająca m.in. imię i nazwisko pacjenta, datę zajęć, rodzaj zajęć, podpis osoby prowadzącej).

Ponadto pacjenci przebywający na Oddziale uczestniczyli w terapii grupowej, psychoedukacji i indywidualnej terapii psychologicznej. Informacje o ww. terapiach były odnotowywane w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów. Zajęcia były prowadzone przez instruktorów terapii zajęciowej i terapeutów zajęciowych.

Pacjentom Szpitala zapewniono możliwość pobierania nauki w funkcjonującym przy Centrum Zespole Szkół Specjalnych, w skład, którego wchodziła szkoła podstawowa i gimnazjum, natomiast program szkół średnich był realizowany w formie indywidualnych konsultacji.

(akta kontroli str. 173-174)

W dokumentacji 10 z 25 pacjentów objętych badaniem w toku kontroli znajdowały się wpisy dotyczące sposobu zorganizowania pacjentom czasu wolnego między zabiegami medycznymi oraz w dni wolne od pracy i w święta, z których wynikało, że dzieci brały udział w zajęciach zorganizowanych w pomieszczeniach rekreacyjnych oraz w świetlicy z dostępem do internetu (w tym m.in. arteterapia, zajęcia sportowe, zajęcia relaksacyjne, ćwiczenia pamięci wzrokowej, muzykoterapia, spacery, gry planszowe, bajkoterapia).

(akta kontroli str. 92-160)

³⁵ Dz. U. Nr 151, poz. 896.

³⁶ Zatrudnionych było 5 osób, z tego jedna od 2017 r. jest nieobecna z powodu: urlopu macierzyńskiego, rodzicielskiego, wychowawczego, urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego.

Stan obsady na dyżurach nie został uregulowany w przepisach wewnętrznych Szpitala.

Przełożona pielęgniarek wskazała, że opieka nad osobami małoletnimi po godzinie 15 i opieka nocna jest organizowana w zależności od możliwości kadrowych, jednak tak, aby zapewnić pacjentom bezpieczeństwo i minimalną liczbę opiekunów. Od 1 lipca 2018 r. obsada po godzinie 22 na pododdziale psychiatrycznym dla dzieci została zwiększona o opiekuna z uwagi na to, że na oddział są przyjmowane coraz trudniejsze dzieci, a tym samym wystąpiła konieczność wprowadzenia wzmożonego nadzoru celem zapobiegania zdarzeniom niepożądanym.

(akta kontroli str. 60-61)

Od 1 stycznia 2017 r. do 30 czerwca 2018 r. opieka po godzinie 15 i opieka nocna była zorganizowana w następujący sposób:

a) pododdział dla młodzieży (podzielony na 3 grupy): od godziny 15-22: jedna pielęgniarka oraz opiekun/wychowawca lub terapeuta dla każdej z trzech grup na Oddziale. Po godzinie 22 dyżur pełniła jedna pielęgniarka i jeden opiekun.

b) pododdział dla dzieci (podzielony na dwie grupy): od 15 do 22 dyżur pełniła jedna pielęgniarka oraz opiekun/wychowawca lub terapeuta (po jednym dla każdej z grup). Po godzinie 22 dyżur na Oddziale pełniła jedna pielęgniarka.

c) pododdział obserwacyjny dla dzieci i młodzieży (1 grupa): od 15 do 22 dyżur pełniła jedna pielęgniarka i jeden opiekun, natomiast od godziny 15 do 20 był jeden wychowawca. Po godzinie 22 dyżur pełniła jedna pielęgniarka i opiekun.

Od 1 lipca 2018 r. do 7 maja 2019 r. opieka po godzinie 15 i opieka nocna była zorganizowana w następujący sposób:

a) pododdział dla młodzieży (podzielony na 2 grupy): od godziny 15-22: jedna pielęgniarka oraz opiekun/wychowawca lub terapeuta (po jednym dla każdej z dwóch grup na Oddziale). Po godzinie 22 dyżur pełniła jedna pielęgniarka i jeden opiekun.

b) pododdział dla dzieci (podzielony na dwie grupy): od 15 do 22 dyżur pełniła jedna pielęgniarka oraz opiekun/wychowawca lub terapeuta (po jednym dla każdej z grup). Po godzinie 22 dyżur na Oddziale pełniła jedna pielęgniarka i opiekun.

c) pododdział obserwacyjny dla dzieci i młodzieży (1 grupa): od 15 do 22 dyżur pełniła jedna pielęgniarka i jeden opiekun, natomiast od godziny 15 do 20 był jeden wychowawca. Po godzinie 22 dyżur pełniła jedna pielęgniarka i opiekun.

Od 8 maja 2019 r. pododdział obserwacyjny został połączony z pododdziałem dla młodzieży i opieka po godzinie 15 i w nocy jest zorganizowana na tym pododdziale w następujący sposób: pododdział dla młodzieży (podzielony na 3 grupy): od godziny 15-22: jedna pielęgniarka oraz opiekun/wychowawca lub terapeuta (po jednym dla każdej z trzech grup na Oddziale). Po godzinie 22 dyżur pełniła jedna pielęgniarka i dwóch opiekunów lub dwie pielęgniarki i jeden opiekun.

W latach 2017-2019 jeden z psychologów (jeden na wszystkie pododdziały) codziennie (w dni robocze) pełnił dyżur do godziny 18. Ponadto po godzinie 15 i w nocy dyżur pełnił również jeden lekarz na cały Oddział.

(akta kontroli str. 173-174)

3.2. W latach 2017-2019 (I kwartał) Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny przeprowadził w Szpitalu cztery kontrole sanitarno-epidemiologiczne pomieszczeń, w których hospitalizowane są osoby małoletnie i prowadzone jest leczenie psychiatryczne. Kontrole te obejmowały swoim zakresem:

a) przestrzeganie wymagań higienicznych i zdrowotnych (kontrola przeprowadzona w dniach 29-31.05.2017 r. W związku ze stwierdzonymi

nieprawidłowościami wydano decyzję³⁷ nakazującą doprowadzenie do należytego stanu sanitarno-technicznego: powierzchni ścian w korytarzach komunikacyjnych, powierzchni ścian w sześciu pokojach łóżkowych, świetlicy oraz w korytarzu klatki schodowej prowadzącej na parter do wyjścia z budynku (w pododdziale psychiatrycznym dla młodzieży) oraz doprowadzenie do należytego stanu techniczno-sanitarnego stolarki drzwiowej w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym, powierzchni ścian oraz sufitu nad kabinami prysznicowymi w łazience dla dziewcząt, powierzchni ścian nad kabiną prysznicową przy oknie w łazience dla chłopców oraz powierzchni ścian przy ościeżnicy drzwiowej w jednym pokoju łóżkowym (pododdział obserwacyjny dla dzieci i młodzieży). Ww. zalecenia zostały wykonane.

b) dwie kontrole kompleksowe (31 maja 2017 r. i 4 czerwca 2018 r.) połączone z oceną stanu sanitarnego na arkuszu oceny zakładu obrotu żywnością. W wyniku ww. kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości. Na podstawie ustaleń kontroli z dnia 4 czerwca 2018 r. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny zwrócił się do dyrektora Szpitala z prośbą o podjęcie działań mających na celu poprawę jakości żywienia. Pismem z dnia 8 sierpnia 2018 r. dyrektor Szpitala poinformował o zmianach w związku z otrzymanymi zastrzeżeniami w zakresie żywienia, które już zostały, bądź zostaną wprowadzone.

c) ocenę stanu higienicznego i sanitarno-technicznego pomieszczeń, procesów dekontaminacji, narzędzi, sprzętu, powierzchni, sposobu: zaopatrzenia w wodę, postępowania z odpadami, bielizną szpitalną, prowadzenia kontroli zakażeń szpitalnych i działań w obszarze zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom (5 czerwca 2018 r.). W wyniku kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 55-57, 175-225)

W dniu 20 czerwca 2018 r. Komenda Miejska Powiatowej Straży Pożarnej przeprowadziła czynności kontrolno-rozpoznawcze w Szpitalu, które wykazały nieprawidłowość mającą wpływ na bezpieczeństwo pożarowe ludzi przebywających w budynku, prawidłową ich ewakuację w przypadku powstania pożaru. W związku z powyższym wydano decyzję³⁸ nakazującą udokumentowanie, w terminie do dnia 28 lutego 2019 r., że wykonane w budynku urządzenie przeciwpożarowe (tj. awaryjne oświetlenie ewakuacyjne) zostało zrealizowane zgodnie z projektem uzgodnionym pod względem ochrony przeciwpożarowej przez rzeczoznawcę ds. zabezpieczeń przeciwpożarowych.

Zalecenie zostało wykonane.

(akta kontroli str. 226-231)

W wyniku oględzin przeprowadzonych w toku kontroli na oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży ustalono m.in., że:

✓ oddział składał się z dwóch pododdziałów: psychiatrycznego dla dzieci i psychiatrycznego dla młodzieży,

✓ pokoje łóżkowe spełniały wymagania określone w § 18 ust. 2, 19 i 20 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą³⁹, tj. łóżka są dostępne co najmniej z dwóch stron, jednej dłuższej i jednej krótszej, odstęp między łóżkami umożliwia swobodny dostęp do pacjentów, a szerokość pokoju łóżkowego umożliwia wyprowadzenie łóżka,

³⁷ Numer 1663/NS-EP/17 z dnia 31.08.2017 r.

³⁸ Decyzja numer 81/2018 z dnia 23.11.2018 r.

³⁹ Dz. U. poz. 595.

- ✓ stan wyposażenia sanitariatów zapewnia zachowanie prawa do intymności i poszanowania godności pacjenta,
- ✓ w jednym pokoju nie umieszczano pacjentów o skrajnie różnych zaburzeniach,
- ✓ pacjenci mają możliwość korzystania z prawa do opieki duszpasterskiej – informacje o dniu i godzinie odbywania się mszy świętej umieszczono na tablicach informacyjnych w pododdziałach,
- ✓ pacjenci mieli możliwość korzystania z Zakładu Fizjoterapii, w którym znajdowała się: pracownia hydroterapii - wyposażona w hydromasaż, natrysk płaszczy i masaż podwodny, pracownia światłolecznictwa - wyposażona w lampę antydepresyjną i lampę terapeutyczną, sauny (na podczerwień i fińska),
- ✓ dla ochrony pacjentów na pododdziałach wprowadzono następujące rozwiązania: kraty w oknach w poszczególnych pomieszczeniach, brak możliwości otwierania okien przez pacjentów (klamka ruchoma lub na klucz), brak możliwości swobodnego wejścia na Oddział (zamykane drzwi) - konieczność wpisywania się osób odwiedzających pacjentów na listę znajdującą się w dyżurce pielęgniarek, na pododdziale dla młodzieży zainstalowano kamery – przed salami (sypialniami), w holu głównym, w sypialni III grupy (najstarsza grupa chłopców), a obraz z kamer jest widoczny w dyżurce pielęgniarskiej,
- ✓ do sesji pomocy psychologicznej, edukacji i psychoedukacji na pododdziałach przeznaczono wydzielone pomieszczenia,
- ✓ terapia zajęciowa i arteterapia odbywała się w świetlicach, wyposażonych m.in. w stoliki, krzesła, telewizory, gry planszowe, puzzle,
- ✓ do treningu umiejętności społecznych wykorzystywano pomieszczenia dostosowane do rodzaju treningu (np. pokoje łóżkowe – ścielenie łóżka, łazienki – pranie odzieży),
- ✓ terapia ruchowa odbywała się w sali gimnastycznej (sprzęt sportowy: piłki, bramki do gry, stół do gry w ping-pong) oraz boisku wielofunkcyjnym znajdującym się na zewnątrz. Ponadto na poszczególnych pododdziałach znajdowały się stoły do gry w ping-pong, a w pomieszczeniu przyległym do sali gimnastycznej znajdował się basen z kulkami, materace.

(akta kontroli str. 55-57)

3.3. Stosownie do postanowień §18 pkt 6 regulaminu organizacyjnego Szpitala dziecko, za zgodą rodziców, może posiadać telefon komórkowy (bez wmontowanego aparatu telefonicznego).

(akta kontroli str. 12-54)

Przełożona pielęgniarek wskazała, że pacjenci, którzy dysponują telefonami komórkowymi mogą z nich korzystać po obowiązkowych zajęciach szkolnych i terapeutycznych, w wyznaczonych godzinach, maksymalnie do godziny 20. W pozostałym czasie telefony są przechowywane przez opiekunów.

(akta kontroli str. 60-61)

Możliwość kontaktu z osobami bliskim zapewniono również pacjentom, którzy nie mają telefonów komórkowych.

Przełożona pielęgniarek wskazała, że na każdym pododdziale są telefony komórkowe, na które mogą dzwonić do dzieci osoby bliskie. Telefony te nie umożliwiają wykonywania połączeń. Jeżeli dziecko chce zadzwonić do osoby bliskiej to połączenie wykonywane jest z telefonu znajdującego się w dyżurce pielęgniarskiej, a następnie rozmowa jest przełączana na telefon komórkowy dostępny na Oddziale, aby zapewnić prywatność rozmów. Pacjenci mogą korzystać

z tych telefonów po obowiązkowych zajęciach szkolnych i terapeutycznych, w wyznaczonych godzinach, maksymalnie do godziny 20.

(akta kontroli str. 60-61)

Na tablicach informacyjnych w Oddziałach wywieszono informacje o numerze telefonu, na którym mogą zadzwonić rodzice/opiekunowie do dziecka.

(akta kontroli str. 55-57)

Stosownie do postanowień § 20 pkt a regulaminu organizacyjnego Szpitala rodzice lub opiekunowie dziecka mają prawo do odwiedzin dziecka w dni powszednie, po zakończeniu zajęć lekcyjnych, a w dni wolne od nauki w godzinach od 9 do 18.

(akta kontroli str.12-54)

Od dnia 14 września 2015 r. w Szpitalu obowiązywała procedura poruszania się po oddziałach Szpitala osób odwiedzających i postronnych, z której wynikało m.in., że: do odwiedzin i wejścia do oddziałów upoważnione są osoby wskazane przez opiekuna prawnego przy przyjęciu dziecka do Szpitala, inne odwiedzające osoby, które przybyły w ich towarzystwie mogą przebywać wyłącznie w pokoju odwiedzin. Zamiar odwiedzin należy zgłosić pielęgniarce dyżurnej, a o ich zakończeniu również należy poinformować pielęgniarkę.

(akta kontroli str. 473-475)

Przełożona pielęgniarek wskazała, że przy przyjęciu do Szpitala rodzice wskazują osoby, które mogą odwiedzać dziecko. Osoba uprawniona, która chce odwiedzić dziecko zgłasza się do dyżurki pielęgniarek i wpisuje w rejestr odwiedzających. Osoby niewskazane przez rodziców/opiekunów mogą odwiedzać dziecko tylko w obecności rodziców lub opiekunów. Odwiedziny są możliwe w czasie, który nie koliduje z zajęciami dziecka.

(akta kontroli str. 60-61)

Pacjentom Szpitala zapewniono warunki do realizacji prawa do kontaktów z osobami z zewnątrz – zorganizowano pokój odwiedzin, w którym znajdowały się stoliki i krzesła.

(akta kontroli str. 55-57)

Stosownie do postanowień § 16 regulaminu organizacyjnego Szpitala pacjent przebywający na Oddziale może uzyskać zgodę ordynatora/lekarza prowadzącego na okresowe przebywanie poza SPZOZ, bez wypisywania go ze Szpitala, jeżeli nie zagraża to jego życiu i zdrowiu innych osób.

(akta kontroli str. 12-54)

Przełożona pielęgniarek wyjaśniła, że zasady udzielania przepustek nie zostały uregulowane w formie pisemnej. Opiekunowie nie składają pisemnych wniosków o wyrażenie zgody na przepustkę. Rodzice, którzy chcą zabrać dziecko na przepustkę zwracają się z ustną prośbą do lekarza, który podejmuje decyzję w tej sprawie na podstawie aktualnego stanu zdrowia pacjenta. W związku z powyższym brak jest możliwości wskazania ile było przypadków odmowy udzielenia zgody na przebywanie poza oddziałem i z jakiego powodu.

(akta kontroli str. 60-61)

W latach 2017-2019 (I kwartał) pacjenci uzyskiwali zgodę na okresowe przebywanie poza oddziałem tzw. przepustki:

✓ liczba przypadków, w których pacjenci uzyskiwali zgodę na okresowe przebywanie poza oddziałem wynosiła, odpowiednio, 257; 230 i 60;

✓ liczba pacjentów, którzy uzyskiwali wielokrotnie zgodę na przebywanie na przepustkach wynosiła, odpowiednio: 75; 91 i 19.

(akta kontroli str. 62-66)

Na podstawie dokumentacji 25 pacjentów hospitalizowanych w latach 2017-2019 (I kwartał) objętej szczegółowym badaniem w toku kontroli ustalono, że:

- ✓ 12 spośród ww. przebywało na przepustkach w trakcie hospitalizacji;
- ✓ siedmiu pacjentów przebywało wielokrotnie na przepustce w trakcie hospitalizacji⁴⁰;
- ✓ maksymalny czas trwania jednej przepustki wynosił 7.380 minut;
- ✓ w każdym przypadku zgody na przebywanie poza Szpitalem udzielał lekarz specjalista psychiatrii lub specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży.

(akta kontroli str. 92-160)

W latach 2017-2019 (I kwartał) wystąpiły następujące przypadki zjawisk negatywnych⁴¹:

- ✓ samowolne oddalenie z oddziału: 12, 5, 3;
- ✓ urazy: 21, 31, 8;
- ✓ samookaleczenia: 132, 192, 54.

(akta kontroli str. 62-66)

W przypadku dziewięciu z 25 pacjentów objętych badaniem w toku kontroli wystąpiły przypadki zjawisk negatywnych, w tym:

✓ urazy samookaleczenia: 8 pacjentów (łącznie 17 razy⁴²); w przypadku czterech pacjentów dokonano analizy, której wynikiem było m.in.: zastosowanie psychoterapii, rozmowy z lekarzem, ustalenie przyczyn takich zjawisk (m.in. chęć powrotu do domu, obniżony nastrój, przedłużający się pobyt w Szpitalu, nieporozumienia w szkole), w dokumentacji medycznej pozostałych czterech pacjentów brakowało wpisów w zakresie analizy tego typu zachowań;

✓ próba samobójcza: 1 pacjent (trzykrotnie); analiza przeprowadzona po jednej z trzech prób podjętych przez pacjentkę wykazała, że „pacjentka podjęła próbę samobójczą impulsywnie bez wcześniejszego przygotowania”, w przypadku pozostałych dwóch prób samobójczych w dokumentacji medycznej brakowało wpisów dotyczących analizy takiego zachowania;

✓ samowolne oddalenie: 2 pacjentów (każdy po jednym razie). W przypadku jednego pacjenta dokonano analizy tego typu zachowania i ustalono, że jego przyczyną były nieporozumienia w szkole i obawa o wynik rozprawy w Sądzie, natomiast w przypadku drugiego pacjenta w dokumentacji nie było wpisów dotyczących analizy tej sytuacji.

(akta kontroli str. 92-160)

Zastępca kierownika Oddziału wyjaśniła, że *każdy taki przypadek jest analizowany, przy czym nie zawsze jest to odnotowywane w dokumentacji medycznej. Skutkiem takich analiz jest wyciąganie konsekwencji w stosunku do pacjentów, u których wystąpiły zjawiska negatywne (np. pozbawienie przywilejów – wychodzenia poza teren Oddziału). W przypadku samowolnego oddalenia jest zebranie całego Zespołu Oddziału i analiza systemu zabezpieczenia, czego skutkiem jest np. zdiagnozowanie nowych dróg ucieczki oraz sprawdzanie zabezpieczeń w postaci krat – dwa razy w roku. Obecnie podjęto decyzję o zgłaszaniu przypadków*

⁴⁰ Dwóch – czterokrotnie; jeden – trzykrotnie i czterech – dwukrotnie.

⁴¹ Informacje o próbach samobójczych były odnotowywane w dokumentacji indywidualnej pacjentów.

⁴² 3 pacjentów – 1 raz; 4 pacjentów – 2 razy; 1 pacjent – 6 razy.

samowolnych oddaleń dyrektorowi, celem zwrócenia uwagi na problemy w zakresie niedoboru personelu, co skutkuje występowaniem takich zjawisk.

(akta kontroli str. 169-172)

W żadnym przypadku nie stwierdzono zaniedbań po stronie personelu.

(akta kontroli str. 92-160)

W Szpitalu nie wprowadzono odrębnej procedury przeszukania.

Zastępca kierownika Oddziału wskazała, że do tej pory nie widziałam potrzeby wprowadzania odrębnej procedury w tym zakresie. Jednak z uwagi na fakt, że problemy oraz zaburzenia dzieci i młodzieży przyjmowanej do Szpitala co coraz większe podjęto działania mające na celu opracowanie takiej procedury.

(akta kontroli str. 237-238)

Uregulowania dotyczące kontroli rzeczy osobistych pacjenta umieszczono w regulaminie organizacyjnym oraz procedurze przyjęcia i wypisania pacjenta ze Szpitala.

Stosownie do postanowień § 18 pkt 3 regulaminu organizacyjnego na terenie Szpitala zabronione jest: posiadanie i palenie papierosów, posiadanie zapalek i zapalniczek, wnoszenie i posiadanie przedmiotów niebezpiecznych (noży, szczyrzyków, nożyczek, żyłek, substancji toksycznych oraz leków). Przedmioty te należy zgłosić przy przyjęciu do Szpitala. Zostaną one przekazane rodzicom lub zabezpieczone i wydane dziecku w dniu wypisu ze Szpitala.

Zgodnie z procedurą przyjęcia i wypisania pacjenta ze Szpitala⁴³ do obowiązków pielęgniarki należało m.in. sprawdzenie rzeczy osobistych pacjenta celem odebrania przedmiotów niepożądanych, m.in. substancji psychoaktywnych, przedmiotów ostrych.

(akta kontroli str. 12-54, 239-252)

Na podstawie zbadanej w toku kontroli dokumentacji 25 pacjentów stwierdzono, że w 24 przypadkach nie było wpisów dotyczących kontroli rzeczy osobistych, w dokumentacji jednego pacjenta umieszczono zapis: *sprawdzono rzeczy po powrocie z przepustki bez uwag.*

(akta kontroli str. 92-160)

Przełożona pielęgniarek wskazała, że przy przyjęciu na Oddział i po powrocie z przepustki pacjent ma obowiązek przedstawić rzeczy, które przyniósł. W przypadku stwierdzenia posiadania rzeczy zabronionych (najczęściej leki, papierosy, telefon komórkowy z aparatem fotograficznym, ostre przedmioty np. cyrkle, noże, żyłki) rzeczy te oddawane są opiekunom. Pielęgniarka informacje o takich zdarzeniach umieszcza w historii pielęgnowania. Szpital nie ma natomiast możliwości sprawdzenia osób odwiedzających pod kątem wnoszenia rzeczy zabronionych. W sytuacji stwierdzenia, że pacjent otrzymał np. papierosy w trakcie odwiedzin są one zabierane.

(akta kontroli str. 60-61)

Zastępca kierownika Oddziału wskazała, że kontrola rzeczy osobistych stosowana na Oddziale jest skuteczna. Jednocześnie zastępca kierownika Oddziału zwróciła uwagę na fakt, że *dzieci są coraz bardziej sprytnie w przemycaaniu rzeczy*

⁴³ Procedura zintegrowanego systemu zarządzania numer P-06/O obowiązująca do dnia 06.06.2016 r. i numer P-08/O obowiązująca od dnia 22.05.2018 r.

zabronionych na Oddział i personel jest uczulany na nowe sposoby stosowane przez pacjentów w tym zakresie. Należy tutaj również zwrócić uwagę na nieodpowiedzialne zachowanie rodziców dających dzieciom rzeczy, które mogą okazać się niebezpieczne np. lusterko, które może zostać pośluzone i wykorzystane do samookaleczenia. W sytuacji stwierdzenia takich sytuacji personel rekwiruje przedmioty, które mogą być potencjalnie niebezpieczne.

(akta kontroli str. 169-172)

W latach 2017-2019 (I kwartał) liczba przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego wynosiła, odpowiednio, 76⁴⁴; 180 i 17.

(akta kontroli str. 62-66)

W Szpitalu obowiązywała procedura zastosowania przymusu bezpośredniego⁴⁵, w której określono m.in. odpowiedzialność i sposoby postępowania, czynności w postępowaniu wykonywane przez lekarza, kierownika oddziału oraz pracownika administracji, warunki prowadzenia przymusu bezpośredniego, dokumentację wypełnianą w związku z zastosowaniem przymusu bezpośredniego.

(akta kontroli str. 253-266)

Na podstawie badania dokumentacji medycznej 25 pacjentów⁴⁶ ustalono, że w stosunku do 8 pacjentów 34 razy zastosowano przymus bezpośredni. Szczegółowym badaniem objęto 10 przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego i stwierdzono, że:

- ✓ przymus bezpośredni zastosowano w stosunku do ośmiu małoletnich (dziewczęta – 1; chłopcy – 7) w wieku od 11-17 lat;
- ✓ rodzaje zastosowanego przymusu: unieruchomienie (1); przytrzymanie do podania leku (1); izolacja (8, w tym w 3 przypadkach dodatkowo unieruchomienie);
- ✓ przymus bezpośredni stosowano z uwagi na: silne pobudzenie psychoruchowe, agresję i autoagresję, samookaleczenia i deklaracje samobójcze;
- ✓ w stosowaniu przymusu bezpośredniego w ww. przypadkach uczestniczyło łącznie 17 osób, w tym: 14 pracowników Szpitala (pielęgniarki/pielęgniarze – 7; salowa – 2, inni pracownicy⁴⁷ – 5) oraz 3 pracowników grupy interwencyjnej⁴⁸; 10 spośród 14 pracowników Szpitala uczestniczących w stosowaniu przymusu bezpośredniego zostało poinformowanych o okolicznościach, zasadach i sposobie zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi przez lekarzy specjalistów pracujących w Szpitalu. Natomiast pozostałych 7 osób (tj. czterech pracowników Szpitala oraz trzech pracowników grupy interwencyjnej) nie zostało poinformowanych o okolicznościach, zasadach i sposobie zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, co stanowi naruszenie art. 18 c ust. 3 ustawy o ozp oraz § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania⁴⁹.

(akta kontroli str. 92-160, 267-277)

⁴⁴ Rejestr przymusu bezpośredniego jest prowadzony od 19.07.2017 r., dane za 2017 r. obejmują okres od 19.07.2017 r. do 31.12.2017 r.

⁴⁵ Procedura numer P-08/T wprowadzona zarządzeniem dyrektora Szpitala numer 1/19 z dnia 09.01.2019 r.

⁴⁶ Pacjenci hospitalizowani w 2017 r. – 10; 2018 r. – 10 i 2019 (I kwartał) – 5.

⁴⁷ Robotnik – 2; placowy – 1; elektryk – 1; kierowca – 1.

⁴⁸ W dniu 30.04.2014 r. została zawarta umowa z EKOTRADE Sp. z o.o. Specjalistyczna Uzbrojona Formacja Ochronna, której przedmiotem było podejmowanie interwencji na każdą telefoniczną informację o zagrożeniu.

⁴⁹ Dz. U. poz. 740, uchylone z dniem 31.12.2018 r.

Zastępca Kierownika Oddziału wyjaśniła, że *przymus bezpośredni jest stosowany w sytuacjach kryzysowych przez osoby dostępne w Szpitalu w danym momencie. W momencie stosowania przymusu nie ma czasu na sprawdzenie czy osoby stosujące przymus są odpowiednio poinstruowane w tym zakresie. Obecnie wszystkie osoby, które mogą być zaangażowane w stosowaniu przymusu zostały poinstruowane w tym zakresie (szkolenie we wrześniu 2018 r.). Grupa interwencyjna była wzywana w przypadku konieczności zastosowania przymusu bezpośredniego wobec najbardziej niebezpiecznych pacjentów i przeoczono brak poinstruowania tych osób w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów naszego Szpitala. Obecnie nie wzywamy grupy interwencyjnej do stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów Szpitala.*

(akta kontroli str. 169-172)

Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (dalej: Rzecznik) funkcjonuje na terenie Szpitala od dnia 26 stycznia 2006 r. Dyrektor SP ZOZ zapewnił Rzecznikowi warunki do wykonywania zadań, tj. odrębne pomieszczenie umożliwiające przyjmowanie skarg. Rzecznik był dostępny dla pacjentów dwa razy w tygodniu⁵⁰. Informacja o możliwości zgłaszania skarg przez pacjenta lub przedstawiciela ustawowego została zamieszczona na tablicach informacyjnych znajdujących się w pododdziałach.

(akta kontroli str. 55-57, 278)

W kontrolowanym okresie Rzecznik podjął z własnej inicjatywy 126 działań, które dotyczyły w szczególności: przymusu bezpośredniego, udzielanych świadczeń oraz warunków pobytu. Przeprowadzono 42 działania i spotkania informacyjno-edukacyjne dla dzieci i młodzieży z zakresu praw pacjenta i kompetencji Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. W trakcie spotkań pacjenci najczęściej pytali Rzecznika o procedurę wyrażania zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby małoletniej do 16 roku życia i wypisania ze szpitala.

(akta kontroli str. 279-282)

W drugim kwartale 2018 r. Rzecznikowi Praw Pacjenta przekazano niepokojące informacje dotyczące funkcjonowania Szpitala. Informacje te pochodziły od ojca bylej pacjentki, a zatem sprawa nie mogła być rozpatrywana przez Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Z uwagi na dobro małoletnich pacjentów, Rzecznik Praw Pacjenta podjął decyzję o wszczęciu postępowania wyjaśniającego, celem zweryfikowania stopnia przestrzegania praw pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, stosownie do przepisu art. 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁵¹ (dalej: *ustawa o prawach pacjenta*). Stosownie do przepisu art. 52 ust. 2 pkt 1 wyżej powołanej ustawy sprawę zbadano na miejscu⁵².

W wyniku przeprowadzonych czynności ustalono m.in., że:

- ✓ prawo pacjenta, do informacji o jego prawach oraz opieki duszpasterskiej było przestrzegane,
- ✓ nie stwierdzono nieprawidłowości w zapewnieniu pacjentom dostępu do świadczeń zdrowotnych innego rodzaju niż opieka psychiatryczna,
- ✓ podmiot leczniczy nie dochował należytej staranności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych (pracownicy Biura Rzecznika mieli zastrzeżenia do stanu

⁵⁰ W poniedziałek i wtorek w godzinach od 8 do 16.

⁵¹ Dz. U. z 2017 r., poz. 1318 ze zm.

⁵² Czynności przeprowadzono w dniach 28-29.05.2018 r., natomiast protokół sporządzono 25.04.2019 r.

sanitarnego łazienek – brak ręczników jednorazowego użytku oraz mydła, brudne fugi prysznicowe oraz kratki ściekowe. Ponadto analiza dokumentacji medycznej wykazała, że podczas hospitalizacji pacjenta w podmiocie dochodziło do zachowań seksualnych między pacjentami oraz dochodziło do samookaleczeń),

✓ stwierdzono nieprawidłowości w realizacji prawa pacjenta, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta tj. prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej w sposób określony w powołanej ustawie oraz w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁵³, a także zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji (stwierdzono m.in. brak wskazań co do dalszego sposobu leczenia w karcie informacyjnej, nieczytelne wpisy pielęgniarek w historii pielęgnowania, nieczytelne parafki pielęgniarek w Indywidualnych Kartach Zleceń Lekarskich, brak numerów stron w dokumentacji medycznej, mało czytelne wpisy oraz brak oznaczenia osoby dokonującej wpisu przy przyjęciu pacjenta do Szpitala, w karcie informacyjnej dokonano zapisu o stosowaniu terapii zajęciowej i fizjoterapii, co nie znalazło odzwierciedlenia w historii choroby, karta informacyjna opieczętowana i podpisana przez lekarza prowadzącego, brak podpisu i pieczętki kierownika Oddziału),

✓ stwierdzono nieprawidłowości w realizacji prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych (ustalono m.in., że w węźle sanitarnym w separacie pododdziału B brakowało zasłony prysznicowej, pacjenci w rozmowach zwracali uwagę na podsłuchiwanie ich rozmów przez personel),

✓ dokumentacja dotycząca przymusu bezpośredniego była prowadzona niezgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami (nie zawierała ona informacji o osobistym badaniu pacjenta przez lekarza oraz przedłużeniu zastosowania środka przymusu bezpośredniego),

✓ stwierdzono nieprawidłowości w realizacji prawa pacjenta do kontaktu z innymi osobami (np. ograniczenie odwiedzin pacjenta i zmuszanie do powrotu na oddział co godzinę, bez dokumentowania przyczyn takiego ograniczenia, małoletni pacjenci mają prawo do posiadania za zgodą rodziców telefonu bez wmontowanego aparatu fotograficznego, jednak pracownicy Biura ustalili, że pacjenci nie mają dostępu do swojego telefonu w sytuacji, gdy upoważniony opiekun jest nieobecny w pracy),

✓ stwierdzono nieprawidłowości w realizacji prawa pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie (nie była prowadzona księga depozytu, osobami odpowiedzialnymi za prowadzenie depozytu były pielęgniarki i opiekunowie. Powyższe było niezgodne z § 1 pkt 3 i § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2009 r. w sprawie prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej⁵⁴),

✓ stwierdzono nieprawidłowości w realizacji zajęć rehabilitacyjnych w Oddziale (pacjenci nie mieli planów rehabilitacji, o których mowa w § 5 rozporządzenia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych⁵⁵).

(akta kontroli str. 279-305)

⁵³ Dz. U. z 2019 r., poz. 408 ze zm.

⁵⁴ Dz. U. Nr 129, poz. 1068.

⁵⁵ Dz. U. poz. 522.

Pismem z dnia 18 czerwca 2019 r.⁵⁶ Rzecznik Praw Pacjenta poinformował dyrektora Szpitala o naruszeniu praw pacjenta do:

a) świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 8 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – brak należytej staranności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych,

b) dokumentacji medycznej, o którym mowa w art. 24 ust. 1 w związku z art. 23 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – stwierdzono nieprawidłowości w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej (tj. m.in. brak numeracji stron, nie wszystkie wpisy są czytelne i autoryzowane, karta informacyjna nie zawiera wskazań dotyczących dalszego sposobu leczenia).

Rozstrzygnięcia w sprawie oparto na protokole ze zbadania sprawy na miejscu z dnia 25 kwietnia 2019 r. oraz kopii dokumentacji medycznej pacjentki.

W związku z powyższym Rzecznik wniósł o:

✓ przeprowadzenie szkolenia pracowników w zakresie obowiązujących przepisów dotyczących prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej, a także wprowadzenie procedury, która zapewni bieżące numerowanie stron dokumentacji,

✓ pouczenie personelu o obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością oraz w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym, w tym wprowadzeniu wzmożonej kontroli w godzinach nocnych na oddziałach⁵⁷.

(akta kontroli str. 306-312)

Pismem z dnia 22 lipca 2019 r. Dyrektor Szpitala poinformował o sposobie realizacji powyższych wniosków.

(akta kontroli str. 476-477)

W piśmie skierowanym w toku kontroli do NIK Rzecznik Praw Pacjenta wskazał, że ocena działalności Szpitala wynikająca z obserwacji własnych jest pozytywna. W kontrolowanym okresie w budynku zamontowano windę dla osób niepełnosprawnych, przestronne sale chorych oraz pozostałe pomieszczenia dla pacjentów są w miarę możliwości odnawiane i poddawane systematycznym naprawom, nie występują przypadki hospitalizacji pacjentów na korytarzach, a podczas stosowania przymusu pacjenci przebywali w salach sami, co zapewniało im intymność. Poprawy wymaga kwestia umeblowania sal pacjentów – dyrekcja podejmuje stosowne działania w tym zakresie.

Pacjenci mają dostęp do codziennych zajęć terapeutycznych (poza zajęciami szkolnymi), w tym w godzinach popołudniowych oraz w soboty i niedziele oraz edukacji w szkole znajdującej się w obrębie Szpitala. Do dyspozycji pacjentów pozostają obiekty sportowe, odkryty basen oraz fizykoterapia z relaksacją. Pacjenci na ogół dobrze oceniają pracę personelu.

We wskazanym okresie w SP ZOZ występowała fluktuacja kadr zwłaszcza lekarskich, a pozyskanie odpowiedniej liczby lekarzy było przedmiotem intensywnych działań dyrekcji, monitorowanych przez Rzecznika.

(akta kontroli str. 279-282)

⁵⁶ Pismo numer RzPP-DPW-WPII.431.1278.2018.JBA

⁵⁷ Rzecznik wniósł o niezwłoczne, nie później niż w terminie 30 dni, poinformowanie go o podjętych działaniach lub zajętych stanowisku w ww. zakresie.

Informacja o prawach pacjentów została wywieszona na tablicach informacyjnych, na poszczególnych pododdziałach.

(akta kontroli str. 55-57)

Informacje o skargach złożonych do Rzecznika Praw Pacjenta przedstawiono w punkcie 6 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

3.4. W latach 2017-2019 (I kwartał) u małoletnich pacjentów⁵⁸ najczęściej diagnozowano następujące schorzenia⁵⁹:

✓ w 2017 r. zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się w dzieciństwie lub wieku młodzieńczym (grupa F90-F98 według ICD-10⁶⁰) stanowiły 59,1% wszystkich rozpoznań (w tym: inne mieszane zaburzenia zachowania i emocji F92.8 – 14,9% oraz mieszane zaburzenia zachowania i emocji F92 – 14,9%). Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (grupa F40-F48) stanowiły 13,5% ogółu rozpoznań (w tym zaburzenia adaptacyjne F43.2 – 38,1%)⁶¹;

✓ w 2018 r. zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się w dzieciństwie lub wieku młodzieńczym (grupa F90-F98) stanowiły 62% wszystkich rozpoznań (w tym: inne mieszane zaburzenia zachowania i emocji F92.8 – 21,2%). Zaburzenia nastroju afektywne (F30-F39) stanowiły 9,7% ogółu rozpoznań (w tym epizod depresji umiarkowany F32.1 – 38,2%)⁶²;

✓ w I kwartale 2019 r. najczęściej diagnozowano zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się w dzieciństwie lub wieku młodzieńczym (grupa F90-F98) stanowiły 68,2% wszystkich rozpoznań (w tym: inne mieszane zaburzenia zachowania i emocji F92.8 – 33,6%). Zaburzenia nastroju afektywne (F30-F39) stanowiły 14% ogółu rozpoznań (w tym epizod depresyjny F32 – 31,8%)⁶³.

(akta kontroli str. 313-319, 472)

W zakresie diagnozowania pacjentów i kontaktów z lekarzem prowadzącym zastępcą kierownika Oddziału wskazała, że *diagnozowanie pacjentów następowało w trakcie pobytu na Oddziale. W trakcie przyjęcia na Oddział rodzicom był przedstawiany wstępny plan diagnostyczno-terapeutyczny i proszono rodziców o*

⁵⁸ Pacjentami były osoby małoletnie. Liczba hospitalizowanych w 2017 r. z podziałem na kategorie wiekowe wynosiła: do 10 lat – 96; od 11-15 lat – 444; od 16 do 18 lat – 216. W 2018 r.: do 10 lat – 135; od 11 do 15 lat – 370; od 16-18 lat – 89. W I kwartale 2019 r.: do 10 lat – 29; od 11-15 lat – 94; od 16 do 18 lat – 35.

⁵⁹ Według danych przekazanych do NFZ.

⁶⁰ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych.

⁶¹ Upośledzenie umysłowe (F70-F78) zdiagnozowano w 11% przypadków (w tym 29,1% upośledzenie umysłowe lekkie – znaczne zmiany zachowania powodujące konieczność opieki lub leczenia). W pozostałych przypadkach zdiagnozowano schorzenia z grupy: F00-F09 (zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi – 0,1%); F20-F29 (schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe – 5,2%); F30-F39 (zaburzenia nastroju afektywne – 7,5%); F50-F59 (zespoły behawioralne, związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi – 1,6%); F80-F89 (zaburzenia rozwoju psychologicznego – 2%).

⁶² Upośledzenie umysłowe (F70-F78) zdiagnozowano w 8,1% przypadków (w tym 32,6% upośledzenie umysłowe lekkie – znaczne zmiany zachowania powodujące konieczność opieki lub leczenia). W pozostałych przypadkach zdiagnozowano schorzenia z grupy: F00-F09 (zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi – 0,5%); F10-F19 (zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych – 0,5%); F20-F29 (schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe – 7,4%); F40-F48 (zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną – 7,6%); F50-F59 (zespoły behawioralne, związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi – 1,6%); F60-F69 (zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych – 0,2%); F80-F89 (zaburzenia rozwoju psychologicznego – 2,5%).

⁶³ Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F40-F48) stanowiły 7,6% ogółu rozpoznań (w tym zaburzenia adaptacyjne F43.2 – 33,3%). W pozostałych przypadkach zdiagnozowano schorzenia z grupy: F00-F09 (zaburzenia psychiczne organiczne, włącznie z zespołami objawowymi – 1,3%); F20-F29 (schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe – 2,5%); F50-F59 (zespoły behawioralne, związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi – 0,6%); F80-F89 (zaburzenia rozwoju psychologicznego – 3,2%).

zgłoszenie się po drugim tygodniu pobytu celem ustalenia planu leczenia. Plan leczenia jest ustalany ustnie w formie rozmowy z rodzicami, jeśli się pojawią zgodnie z prośbą. Najczęściej jednak rodzice unikają kontaktu z lekarzami Oddziału. Pacjenci nie mają codziennego kontaktu z lekarzem prowadzącym. Kontakt taki jest możliwy, jeśli pacjent ma taką potrzebę i ją zgłosi. Zapewnienie codziennego kontaktu z lekarzem prowadzącym nie jest możliwe z uwagi na dużą liczbę pacjentów.

(akta kontroli str. 169-172)

W toku kontroli badaniem objęto dokumentację medyczną 25 pacjentów przyjętych do Szpitala w latach 2017-2019 (do 31 marca)⁶⁴ i ustalono m.in., że:

- pacjenci byli hospitalizowani od 42 do 328 dni;
- przyjęcie do Szpitala nastąpiło w trybie: nagłym (art. 23 ustawy o oop) – 13; pilnym (na podstawie art. 12 ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich) – 1, planowym 11. W przypadku przyjęć planowych czas oczekiwania na przyjęcie do Szpitala wynosił od 1 do 31 dni – 9 przypadków⁶⁵, w jednym przypadku dziecko zostało przyjęte w dniu zgłoszenia, a w jednym przypadku dziecko zostało przyjęte niezwłocznie po uprawomocnieniu się postanowienia sądu w sprawie zezwolenia opiekunowi prawnemu na wyrażenie zgody na przyjęcie do Szpitala psychiatrycznego;
- u pacjentów zdiagnozowano⁶⁶ schorzenia z następujących kategorii ICD-10: zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym (F90-F98) – 9 (tj. 36% wszystkich rozpoznań)⁶⁷; zaburzenia nastroju afektywne (F30-F39) – 4 (tj. 16%)⁶⁸; zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (F40-F48) – 3 (tj. 12%)⁶⁹; upośledzenie umysłowe (F70-F79) – 3 (tj. 12%)⁷⁰; schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe (F20-F29) – 2 (tj. 8%)⁷¹; zaburzenia rozwoju psychologicznego (F80-F89) – 2 (tj. 8%)⁷²; zaburzenia psychiczne, organiczne włącznie z zespołami objawowymi (F00-F09) – 1 (tj. 4%)⁷³; zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (F50-F59) – 1 (tj. 4%);
- we wszystkich zbadanych przypadkach wpisów w dokumentacji medycznej dokonano w dniu przyjęcia pacjenta na Oddział;
- w czterech przypadkach (16% ogółu zbadanych) wpisy w dokumentacji były dokonywane z częstotliwością⁷⁴ wynoszącą jeden dzień, w 17 przypadkach (68% ogółu zbadanej dokumentacji) częstotliwość dokonywania wpisów wynosiła od 2-3 dni, w trzech przypadkach (12% zbadanych) wpisy były dokonywane z

⁶⁴ 2017 r. – 10 pacjentów, 2018 r. – 10 pacjentów i 2019 r. (5 pacjentów).

⁶⁵ Czas oczekiwania wynosił: od 1 do 14 dni – 6 przypadków, od 20 do 30 dni – 2 przypadki, 31 dni – 1 przypadek.

⁶⁶ Rozpoznanie główne.

⁶⁷ W tym: zaburzenia zachowania – 2; mieszane zaburzenia zachowania i emocji – 4; zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie – 1, zaburzenia funkcjonowania społecznego rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie lub wieku młodzieńczym – 2.

⁶⁸ W tym: zaburzenia afektywne dwubiegunowe – 2, epizod depresyjny – 1, zaburzenia depresyjne nawracające – 1.

⁶⁹ Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne – 3.

⁷⁰ Upośledzenie umysłowe lekkiego stopnia – 3.

⁷¹ W tym: schizofrenia – 2.

⁷² Całościowe zaburzenia rozwojowe – 2.

⁷³ F06.3 organiczne zaburzenia nastroju afektywne.

⁷⁴ Częstotliwość określono na podstawie stosunku liczby dni pobytu do liczby dokonanych wpisów.

częstotliwością wynoszącą od 4 – 7 dni⁷⁵, a jednym przypadku (4% ogółu zbadanych) częstotliwość dokonywania wpisów przekroczyła 7 dni i wyniosła 11 dni.

(akta kontroli str. 92-160)

Zastępca kierownika Oddziału wskazała, że częstotliwość dokonywania wpisów zależy od rodzaju problemów danego pacjenta. W przypadku pacjentów stwarzających duże problemy wpisy są częstsze z uwagi na konieczność dokonywania korekt w procesie leczenia. Ponadto przyczyną dokonywania wpisów z mniejszą częstotliwością mogły być również nieobecności personelu oraz przeoczenia spowodowane dużą liczbą pacjentów.

(akta kontroli str. 237-238)

➤ w zbadanych przypadkach najdłuższa przerwa między wpisami wynosiła 18 dni,

(akta kontroli str. 92-160)

Zastępca kierownika Oddziału wskazała, że nie umie wyjaśnić przyczyn takiego stanu rzeczy. Być może wynikało to z nieobecności personelu, albo przeoczenia konieczności dokonania wpisów.

(akta kontroli str. 237-238)

➤ analiza dokumentacji pod kątem zgodności z przepisami rozporządzenia w sprawie DM wykazała m.in., że:

- we wszystkich przypadkach w dokumentacji znajdował się wywiad lekarski, do dokumentacji dołączono: karty zleceń lekarskich; wyniki badań, konsultacji, zabiegów oraz karty indywidualnej opieki pielęgniarstwa, co było zgodne z przepisem § 15 ust. 1 pkt 1, 5, 10 i 11 oraz § 17 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie DM,

- w 24 przypadkach dokumentacja zawierała wpis badania przedmiotowego, a ponadto załączono do niej wyniki badań diagnostycznych, natomiast w 1 przypadku dokumentacja nie zawierała wpisu badania przedmiotowego ani załączonych wyników badań diagnostycznych, co było niezgodne z przepisem § 15 ust. 1 pkt 10 i 11 oraz § 17 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie DM,

- w 22 przypadkach wpisy w dokumentacji były czytelne, a w 14 przypadkach zostały dokonane w sposób chronologiczny, natomiast w 3 przypadkach stwierdzono nieczytelne wpisy, a w 11 przypadkach brak chronologii dokonywania wpisów co było niezgodne z § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie DM,

- w 21 przypadkach wpisy w dokumentacji były autoryzowane, a w 4 z 25 zbadanych dokumentacji stwierdzono brak autoryzacji wpisów wymaganych przepisem § 4 ust. 2 rozporządzenia w sprawie DM.

(akta kontroli str. 92-160)

Zastępca kierownika Oddziału wyjaśniła, że: brak wpisu badania przedmiotowego, autoryzacji wpisów oraz wyników badań diagnostycznych wynikał z przeoczenia. Nieczytelne wpisy wynikają z pośpiechu spowodowanego dużą liczbą zadań realizowanych przez lekarzy, zajmujących się pacjentami, których problemy są bardzo złożone. Dlatego też lekarze swoją energię kierują przede wszystkim na pomoc pacjentom, a dopiero potem na spełnianie wynikających z przepisów wymagań w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej. Brak chronologii dokonywania wpisów wynika z faktu, że wpisów tych dokonują nie tylko lekarze, ale również psychologowie. Mimo powyżej wskazanych przyczyn mam świadomość

⁷⁵ 4 dni jeden przypadek, 6 dni-2 przypadki.

konieczności prowadzenia dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami i dołożyć wszelkich starań, aby dokumentacja ta odpowiadała wymogom określonym w przepisach.

(akta kontroli str.169-172)

➤ we wszystkich zbadanych przypadkach w dokumentacji zamieszczono rozpoznanie kliniczne, co było zgodne z przepisem § 20 rozporządzenia w sprawie DM. W 14 z 25 zbadanych przypadków (tj. 56%) kod rozpoznania głównego ICD-10 przekazany do NFZ był zgodny z wynikającym z dokumentacji medycznej pacjentów, natomiast w 11 przypadkach (tj. 44%) stwierdzono rozbieżności w tym zakresie.

(akta kontroli str. 92-160)

W załączniku nr 1 do zarządzeń Prezesa NFZ⁷⁶ zamieszczono wykaz rozpoznań, dla których poziom finansowania jest zależny od czasu leczenia oraz liczbę osobodni rozliczanych z współczynnikiem korygującym o wartości 1. Stosownie do § 15 ust. 1 pkt 18 wyżej powołanego Zarządzenia Prezesa NFZ w całodobowych oddziałach psychiatrycznych w przypadku przekroczenia czasu leczenia wskazanego w załączniku nr 1 do zarządzenia, rozliczenie w części przekroczonej następuje z zastosowaniem wskaźnika korygującego o wartości 0,7.

Na podstawie analizy 11 przypadków, w których do NFZ wykazano błędne rozpoznania ustalono, że powyższe błędy spowodowały otrzymanie przez Szpital z tytułu udzielonych świadczeń kwoty wyższej od należnej o 7.991,85 zł.

(akta kontroli str.470-471)

Sekretarka medyczna⁷⁷ wyjaśniła, że *rozbieżności między kodem rozpoznania głównego wynikającego z dokumentacji medycznej i przekazanego do NFZ w przypadku pacjentów z pododdziału psychiatrycznego obserwacyjnego dla dzieci i młodzieży oraz pododdziału psychiatrycznego dla dzieci wynikały z pomyłek popełnionych przy wprowadzaniu danych, spowodowanych dużą liczbą wykonywanych zadań, związanych zarówno z pracą Izby Przyjęć jak i sprawozdawczością do NFZ. Natomiast w przypadku pododdziału psychiatrycznego dla młodzieży dane dotyczące kodu rozpoznania głównego ICD-10 nie są przekazywane w terminie umożliwiającym przekazanie ich do NFZ i rozliczenie świadczeń. W takich przypadkach do NFZ nie jest przekazywany kod rozpoznania głównego ICD-10 tylko rozpoznanie wstępne.*

(akta kontroli str. 320-323)

Przełożona pielęgniarek wyjaśniła, że *sprawy te były poruszane na odprawach oddziałowych oraz spotkaniach z dyrektorem. Postaram się zorganizować pracę na pododdziałach tak, aby informacje o rozpoznaniach były wpisywane do dokumentacji w terminie umożliwiającym przekazanie do NFZ rzetelnych danych w tym zakresie.*

(akta kontroli str. 324-325)

Zastępca kierownika Oddziału wyjaśniła, że *przyczyną takiego zjawiska było nadmierne obciążenie zadaniami lekarzy pracujących na Oddziale. Obecnie zostaną*

⁷⁶ Zarządzenia Prezesa NFZ numer: 56/2016/DSOZ z dnia 28 czerwca 2016 r. numer 41/2018/DSOZ z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

⁷⁷ Do obowiązków sekretarki medycznej należało m.in. bieżące wprowadzanie, uzupełnianie i korygowanie wszystkich niezbędnych danych dotyczących pacjentów i udzielanych im świadczeń do programu informatycznego dla celów sprawozdawczych z NFZ.

wprowadzone rozwiązania, których celem będzie zapobieganie przekazywania do NFZ błędnych informacji o kodzie rozpoznania głównego ICD-10.

(akta kontroli str.169-172)

➤ dla żadnego z 25 pacjentów nie ustalono indywidualnego planu zajęć rehabilitacyjnych, o którym mowa w § 5 ust. 1 rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych.

(akta kontroli str.92-160)

Zastępca kierownika Oddziału wyjaśniła, że *brak planów zajęć rehabilitacyjnych wynikał z braku czasu spowodowanego nadmiarem zadań realizowanych przez pracowników Oddziału.*

(akta kontroli str.169-172)

➤ w dokumentacji 16 z 25 pacjentów są wpisy świadczące o uczestnictwie pacjentów w zajęciach rehabilitacyjnych, m.in. rekreacyjnych, psychoedukacji, terapii grupowej, arteterapii, zajęciach prowadzonych przez psychologa, jednak nie jest możliwe ustalenie ile razy w tygodniu się one odbywały i jaki był dzienny wymiar zajęć.

(akta kontroli str.92-160)

Zastępca kierownika Oddziału wskazała, że *zajęcia te odbywały się po zajęciach lekcyjnych oraz w soboty od godziny 9 do 17. Brak szczegółowej ewidencji wynikał z braku czasu spowodowanego nadmiarem zadań realizowanych przez pracowników Oddziału.*

(akta kontroli str.169-172)

➤ 16 z 25 przypadków stwierdzono, że odbyły się konsultacje rodzinne, jednak miały one charakter sporadyczny – 1 lub 2 razy w trakcie pobytu, tylko w jednym przypadku stwierdzono 6 spotkań z rodzicami. W przypadku dwóch rodzin zorganizowano spotkania terapeutyczne (w jednym przypadku 1 raz w trakcie pobytu, w jednym przypadku 3 sesje psychoterapii rodzinnej), w jednym przypadku odbyło się jedno spotkanie edukacyjne dla rodziców.

(akta kontroli str.92-160)

Zastępca kierownika Oddziału wskazała, że *wynikało to z braku zainteresowania i niechęci rodziców do konsultacji rodzinnych. Barię w kontaktach rodzin pacjentów z lekarzami/psychologami jest niewłaściwy obraz psychiatrii dzieci i młodzieży tj. obawa o to, że zostaną „uznani za wariatów”. Rodzice potrafią zarzucić lekarzom, że „szukają u nich wariactwa”.*

(akta kontroli str.169-172)

4. W latach 2017-2019 (I kwartał) kwoty na finansowanie świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej przekazywane na podstawie umów zawartych z Lubuskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: LOW NFZ) nie pokrywały kosztów ich udzielenia. W kontrolowanym okresie kwoty otrzymane z LOW NFZ i koszty świadczeń przedstawiały się następująco:

2017 r. – kwota przekazana przez LOW NFZ – 7.061,7 tys. zł; koszty udzielonych świadczeń – 7.163,7 tys. zł; niedobór środków – 102 tys. zł;

2018 r. – kwota przekazana przez LOW NFZ – 6.777,1 tys. zł; koszty udzielonych świadczeń – 7.413,1 tys. zł; niedobór środków – 636 tys. zł;

2019 r. (I kwartał) – kwota przekazana przez LOW NFZ – 1.660 tys. zł; koszty udzielonych świadczeń – 1.814,6 tys. zł; niedobór środków – 154,6 tys. zł.

(akta kontroli str. 326)

Główna księgowa wyjaśniła, że *źródłem finansowania kosztów udzielania świadczeń psychiatrycznej opieki zdrowotnej były niepodzielone zyski lat ubiegłych. W latach 2012-2015 Szpital osiągał dodatni wynik finansowy, który w poszczególnych latach wynosił, odpowiednio, 215,6 tys. zł; 225,9 tys. zł; 163 tys. zł; 147,2 tys. zł. Jednocześnie nadmieniam, że mimo tego, iż w 2017 r. kwota otrzymana z LOW NFZ była niższa niż koszty udzielonych świadczeń to Szpital osiągnął dodatni wynik finansowy w kwocie 72,2 tys. zł. Ponadto na dzień 31 grudnia 2017 r. i 31 grudnia 2018 r. Szpital posiadał środki pieniężne w kwocie, odpowiednio, 337,1 tys. zł i 159,4 tys. zł.*

(akta kontroli str. 327-334)

Wartość osobodnia ustalona na podstawie kosztów ponoszonych przez Szpital w latach 2017-2019 (I kwartał) wynosiła, odpowiednio, 243,39 zł; 280,09 zł i 296,70 zł i była wyższa zapłaconej przez LOW NFZ, odpowiednio o, 3,47 zł; 24,03 zł i 25,27 zł.

(akta kontroli str. 326)

W kontrolowanym okresie Szpital nie świadczył psychiatrycznych usług zdrowotnych osobom małoletnim ponad limit określony w umowach zawartych z LOW NFZ. Stopień realizacji kontraktu w poszczególnych latach przedstawiał się następująco:

2017 r. – kontrakt o wartości 7.181 tys. zł zrealizowano w wysokości 7.061,7 tys. zł (tj. 98,3%);

2018 r. - kontrakt o wartości 6.832,6 tys. zł zrealizowano w wysokości 6.777,1 tys. zł (tj. 99,2%);

2019 (I kwartał) - kontrakt o wartości 6.599,4 tys. zł zrealizowano w wysokości 1.660,0 tys. zł (tj. 25,2%).

(akta kontroli str. 326)

Od 1 lipca 2018 r. uległa zmniejszeniu liczba zakontraktowanych łóżek z 80 do 66.

Główna księgowa wyjaśniła, że przyczyną powyższego był fakt, że *Szpital nie spełniał wymogów w zakresie zatrudnienia minimalnej liczby lekarzy określonej w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych. Lekarze wolą pracować w większych Szpitalach, natomiast nie są zainteresowani pracą w tak małym Szpitalu jak Szpital w Zaborze, nawet mimo oferowanych dobrych warunków tj. m.in. mieszkania dla lekarzy. Ponadto lekarze, którzy chcieliby się przenieść z większych ośrodków oczekują gwarancji w zakresie stabilności podmiotu. Jednocześnie nadmieniam, że działalność Szpitala będzie opłacalna (lub nie będzie przynosiła strat) tylko w przypadku kontraktu z NFZ na 80 łóżek. Szpital oczekuje rozwiązań na poziomie ministerialnym w zakresie finansowania opieki psychiatrycznej.*

(akta kontroli str. 163-164)

5. W latach 2017-2019 (I kwartał) Szpital nie był kontrolowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia, Okręgową Izbę Lekarską, Konsultanta Krajowego i/lub Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 446)

W ww. okresie Szpital był czterokrotnie kontrolowany przez Sędziego Sądu Rejonowego w Zielonej Górze⁷⁸ na podstawie rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 11 października 2012 r. w sprawie sprawowania kontroli przyjęcia i przebywania osób z zaburzeniami psychicznymi w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej oraz sposobu jej dokumentowania⁷⁹ i rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 16 czerwca 2009 r. w sprawie szczegółowego sposobu, zakresu i trybu sprawowania nadzoru nad wykonywaniem orzeczeń w sprawach nieletnich⁸⁰. Wydane w wyniku kontroli zalecenia dotyczyły głównie kwestii formalnych w zakresie przyjęcia i wypisania pacjenta leczonego bez jego zgody, stworzenia odpowiednich rejestrów (m.in. osób przyjętych do Szpitala na podstawie art. 12, 25a i 26 ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich), prowadzenia dokumentacji dotyczącej stosowania przymusu bezpośredniego, czytelnego wypełniania kierowanych do Sądu zawiadomień o przyjęciu, bezwzględnego przestrzegania przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w zakresie stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz oceny zasadności jego zastosowania – w szczególności przestrzegania przepisów dotyczących przesłanek zastosowania przymusu i czasu jego trwania. Zalecono również przestrzeganie procedur w zakresie długości pobytu małoletnich na obserwacji oraz weryfikację procedur zapewnienia bezpieczeństwa małoletnim i nieletnim przebywającym w Szpitalu, w szczególności w zakresie zapewnienia im całodobowego, realnego i wzmożonego nadzoru ze strony odpowiednio przeszkolonego personelu, tak, aby wyeliminować sytuacje, w których małoletni pacjenci są pozostawieni bez dozoru, gdyż pracownicy udają się np. na zebranie.

(akta kontroli str. 342-418, 422-443)

W odpowiedzi na sprawozdanie z kontroli (przeprowadzonej w 2018 r.) Szpital wskazał m.in., że Sądy wydając postanowienia często kierują się chęcią „rozwiązania problemu”, w związku z tym do Szpitala trafiają pacjenci, którzy nie potrzebują leczenia psychiatrycznego w zakładzie zamkniętym. Najczęściej są to osoby zdemoralizowane i osoby z zaburzeniami zachowania, które nie wymagają leczenia w Szpitalu psychiatrycznym, ale oddziaływań wychowawczych i resocjalizacyjnych w odpowiednich placówkach. Przebywanie w Szpitalu takich pacjentów powoduje dezorganizację terapii na oddziałach oraz wprowadza zagrożenie dla innych pacjentów. Konsekwencją powyższego jest również konieczność częstego stosowania środków przymusu bezpośredniego. W związku z atakami na współpacjentów i personel Szpitala stosowane są środki przymusu i zdarza się, że przekraczają one przyjęte normy, ale tego wymaga bezpieczeństwo. Zgłaszanie tego typu zachowań kończy się najczęściej umorzeniem sprawy przez Sąd.

(akta kontroli str. 419-421)

6. W Szpitalu prowadzony jest rejestr skarg. W latach 2017-2019 (I kwartał) do Szpitala wpłynęły trzy skargi⁸¹, które dotyczyły: odmowy przyjęcia do Szpitala i zachowania personelu obsługującego Izbę Przyjęć, zakazu wyjść na spacer grupowe i nieudzielania przepustek oraz zachowania pracownika Szpitala, który zdaniem skarżącej bezprawnie podjął decyzję o wypuszczeniu córki skarżącej ze Szpitala z ojcem dziecka (byłym mężem skarżącej).

⁷⁸ 2017 r. – 2 kontrole; 2018 r. – 1 kontrola; 2019 r. (kwartał) – 1 kontrola.

⁷⁹ Dz. U. z 2012 r., poz. 1147, uchylone z dniem 01.01.2018 r.

⁸⁰ Dz. U. nr 107, poz. 894.

⁸¹ 2017 r. -1 i 2018 r. – 2.

Analiza sposobu załatwienia ww. trzech skarg wykazała m.in., że:

a) na jedną skargę⁸² udzielono odpowiedzi z zachowaniem terminu określonego w art. 237 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego⁸³ (dalej: *Kpa*),

b) w jednym przypadku⁸⁴ odpowiedzi udzielono z przekroczeniem⁸⁵ terminu określonego w art. 237 § 1 *Kpa*.

(akta kontroli str. 335-341)

Główna księgowa Szpitala⁸⁶ wyjaśniła, że wynikało to z przeoczenia spowodowanego jednoczesnym pełnieniem funkcji dyrektora Szpitala i głównego księgowego, czego konsekwencją był nadmiar wykonywanych przeze mnie zadań. Poza tym musiałam wdrożyć się w realizację nowych obowiązków.

(akta kontroli str. 327-328)

Skargi te zostały rozpatrzone przez lekarzy specjalistów psychiatrii i zostały uznane za bezzasadne.

(akta kontroli str. 335-341)

c) na jedną skargę⁸⁷ nie udzielono odpowiedzi, co stanowiło naruszenie art. 237 § 3 *Kpa*.

(akta kontroli str. 335-341)

Główna księgowa⁸⁸ wyjaśniła, że wynikało to z przeoczenia spowodowanego nadmiarem wykonywanych przeze mnie zadań. W tym czasie wykonywałam jednocześnie obowiązki dyrektora i głównego księgowego.

(akta kontroli str. 327-328)

W kontrolowanym okresie wpłynęła⁸⁹ jedna skarga do Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala, która dotyczyła sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej, braku zgody na realizację opieki duszpasterskiej, informacji o stanie zdrowia małoletniej, zachowania pracowników Oddziału, prawa do kontaktu z bliskimi, zakazu wyjść poza Oddział. Rzecznik zwrócił się do dyrektora Szpitala o odniesienie się do zarzutów przedstawionych w skardze oraz zwrócił się do skarżącej o wyrażenie zgody na wgląd w dokumentację medyczną córki w celu weryfikacji zarzutów zawartych w skardze. Dyrektor Szpitala złożył wyjaśnienia w przedmiocie skargi i uznał ją za niezasadną. Skarżąca nie wyraziła zgody na wgląd w dokumentację medyczną. Po przeprowadzeniu czynności wyjaśniających, Rzecznik Praw Pacjenta nie stwierdził podstaw do uznania skargi za uzasadnioną.

(akta kontroli str. 279-282)

⁸² Skarga wpłynęła 27.07.2017 r.

⁸³ Dz. U. z 2018 r., poz. 2096 ze zm.

⁸⁴ Skarga wpłynęła 15.03.2018 r.

⁸⁵ O 1 dzień.

⁸⁶ Zarządzeniem numer 3 z dnia 28.03.2018 r. dyrektor SP ZOZ wyznaczył na swojego zastępcę, na czas nieobecności, główną księgową i udzielił jej pełnomocnictwa m.in. do bieżącego zarządzania jednostką w zakresie spraw administracyjnych. Skarga wpłynęła 15.03.2018 r., termin udzielenia odpowiedzi upłynął 16.04.2018 r., odpowiedzi na skargę udzielono w dniu 17.04.2018 r. Dyrektor w okresie od 04.04.2018 r. do 30.06.2018 r. był nieobecny.

⁸⁷ Skarga wpłynęła 02.07.2018 r.

⁸⁸ Pełniącą obowiązki Dyrektora SPZOZ w okresie od 20 czerwca 2018 r. do 5 grudnia 2018 r., skarga wpłynęła 02.07.2018 r.

⁸⁹ W 2017 r.

W kontrolowanym okresie udzielano również wyjaśnień w związku z czterema skargami na działalność Szpitala złożonymi do innych organów⁹⁰.

Skargi te dotyczyły m.in. nierzetelnego prowadzenia dokumentacji, niespójnych informacji o stanie zdrowia pacjenta, niewłaściwego zachowania pracowników oddziału, odebrania telefonu komórkowego, zakazu wyjść poza Oddział, szykanowania i zastraszania pacjentki przez lekarza prowadzącego oraz kradzieży, pobić molestowania, stosowania przymusu przez pracowników. Ww. skargi nie zostały uznane przez Szpital za zasadne.

Jedna skarga, złożona do Rzecznika Praw Dziecka, dotyczyła niedostatecznego nadzoru nad pacjentem (w wyniku, czego doszło do próby ucieczki przez okno, skutkującego złamaniem kości piętowej oraz skręcenia odcinka szyjnego kręgosłupa). Skarga ta została uznana przez SP ZOZ za niezasadną. W ocenie Szpitala nadzór nad pacjentem był wystarczający i prawidłowy, a zabezpieczenie pomieszczenia właściwe. Zdarzenie należy traktować jako incydentalne i niemieszczące się w kategoriach ryzyk przyjętych przy zabezpieczaniu pomieszczeń.

Jednak Rzecznik Praw Pacjenta, który zbadał skargę na wniosek Rzecznika Praw Dziecka uznał ją za zasadną. Rzecznik Praw Pacjenta stwierdził naruszenie prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością, o której mowa w art. 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁹¹. Zdaniem Rzecznika w zakresie opieki nad pacjentem nie podjęto wystarczających czynności zapobiegawczych, co w ocenie organu jednoznacznie wskazuje na nieprawidłową organizację udzielania świadczeń zdrowotnych wobec pacjenta, którego skarga dotyczy. Uzyskany w sprawie materiał dowodowy wskazuje na organizacyjne zaniechania podmiotu leczniczego. W związku z powyższym Rzecznik Praw Pacjenta wniósł o: pouczenie personelu o konieczności przestrzegania prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, w szczególności do zapewnienia warunków bezpiecznego pobytu, opracowanie procedury bezpieczeństwa w zakresie postępowania na przyszłość z pacjentami, którzy przejawiają tendencję do samodzielnego oddalania się, objęcie szczególnym, indywidualnym nadzorem pacjentów szczególnie trudnych wymagających wzmożonej opieki ze względu na prezentowane trudności adaptacyjne. Dyrektor Szpitala podjął działania mające na celu wyeliminowanie występowania takich zjawisk w przyszłości.

(akta kontroli str. 335-341)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Liczba psychologów udzielających świadczeń była niższa od minimalnej określonej w załączniku nr 1 poz. 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.
2. Spośród 17 osób uczestniczących w stosowaniu przymusu bezpośredniego 7 osób (tj. czterech pracowników Szpitala oraz trzech pracowników grupy interwencyjnej) nie zostało poinformowanych o okolicznościach, zasadach i sposobie zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, co stanowiło naruszenie art. 18 c ust. 3 ustawy o ozp oraz § 6 ust.

⁹⁰ 2017 r. – 1; 2018 – 3. Skargi złożono do: Rzecznika Praw Dziecka (2); Narodowego Funduszu Zdrowia (1) i Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego (1).

⁹¹ Dz. U. z 2017 r., poz. 1318 ze zm.

- 1 rozporządzenia w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego.
3. Na podstawie badania dokumentacji 25 pacjentów stwierdzono, że:
- a) w 1 przypadku brakowało wpisu badania przedmiotowego, a ponadto do dokumentacji medycznej nie załączono wyników badań diagnostycznych, co było niezgodne z przepisem § 17 ust. 1 pkt 1 oraz § 15 ust. 1 pkt 10 i 11 rozporządzenia w sprawie DM,
 - b) w 3 dokumentacjach wystąpiły nieczytelne wpisy, a w 11 - brak chronologii dokonywania wpisów, co było niezgodne z § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie DM,
 - c) w przypadku 4 dokumentacji stwierdzono brak autoryzacji wpisów wymaganych przepisem § 4 ust. 2 rozporządzenia w sprawie DM,
 - d) w 11 przypadkach kod rozpoznania głównego ICD-10 przekazany do NFZ nie był zgodny ze wskazanym w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów,
 - e) dla żadnego z pacjentów nie opracowano planów zajęć rehabilitacyjnych, wymaganych przepisem § 5 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych.
4. Analiza trzech skarg, które wpłynęły do SPZOZ w latach 2017-2019 (I kwartał) wykazała, że:
- a) na jedną skargę udzielono odpowiedzi z przekroczeniem (o 1 dzień) terminu określonego w art. 237 § 1 Kpa.
 - b) na jedną skargę nie udzielono odpowiedzi, co stanowiło naruszenie art. 237 § 3 Kpa.

IV. Wnioski

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

Wnioski

1. Zapewnienie liczby psychologów udzielających świadczeń, wymaganej przepisami rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.
2. Przestrzeganie, obowiązujących przepisów w zakresie wykonywania przymusu bezpośredniego wyłącznie przez osoby poinstruowane w zakresie okoliczności, zasad i sposobu jego stosowania, stosownie do przepisu art. 18c ust. 3 ustawy o ozp.
3. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie DM oraz przekazywanie do NFZ rzetelnych informacji o kodzie rozpoznania głównego.
4. Skorygowanie błędnego rozliczenia z NFZ z tytułu udzielonych świadczeń zdrowotnych, spowodowanego raportowaniem kodu rozpoznania głównego niezgodnego z wynikającym z dokumentacji medycznej.
5. Opracowywanie dla każdego pacjenta planu zajęć rehabilitacyjnych, stosownie do wymogu określonego w § 5 ust. 1 rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacyjnych.
6. Załatwianie skarg w sposób określony w przepisach Kpa.

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 Zielonej Górze. 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
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 30 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.

Zielona Góra, 2 sierpnia 2019 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Zielonej Górze
p.o. Dyrektora
Włodzimierz Stobrawa

Kontrolerzy
Anna Huziej
główny specjalista kontroli
państwowej

.....
podpis

.....
podpis

Dorota Rudnicka-Kawa
starszy inspektor kontroli państwowej

.....
podpis