



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

LLU.410.011.01.2023

**Pani
Beata Gawelska
Dyrektor Samodzielnego
Publicznego Szpitala Klinicznego
Nr 1 w Lublinie**

ul. Stanisława Staszica 16
20-081 Lublin

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Kontrola nr P/23/077 Opieka psychiatryczna nad dziećmi i młodzieżą

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

ul. Okopowa 7, 20-022 Lublin

T +48 81 461 31 20, F +48 81 461 31 11

llu@nik.gov.pl

Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-112, 20-001 Lublin 1

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie, ul. Stanisława Staszica 16, 20-081 Lublin (dalej: SPSK lub Szpital).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Beata Gawelska, Dyrektor SPSK od 10 sierpnia 2020 r. Poprzednio, tj. od 21 maja do 9 sierpnia 2020 r. pełniącym obowiązki Dyrektora Szpitala był Marcin Feldo, a w okresie od 21 sierpnia 2004 r. do 20 maja 2020 r. Dyrektorem Szpitala był Adam Borowicz.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">1. Realizacja świadczeń psychiatrycznych w trybie ambulatoryjnym i oddziału dziennego.2. Realizacja świadczeń psychiatrycznych w trybie stacjonarnym.
Okres objęty kontrolą	Lata 2020-2023 (do dnia zakończenia czynności kontrolnych, tj. do 15 lipca 2023 r. z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem).
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Lublinie
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none">1. Iwona Pacwa, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do przeprowadzenia kontroli nr LLU/73/2023 z 12 kwietnia 2023 r.2. Kamil Harasim, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do przeprowadzenia kontroli nr LLU/83/2023 z 9 maja 2023 r. (akta kontroli tom I str. 1-2)

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Opiekę psychiatryczną nad dziećmi i młodzieżą Szpital realizował w tzw. „starym modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży”³ w funkcjonujących w ramach I Kliniki Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji⁴: Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży, Oddziału Dziennego dla Młodzieży i Oddziału Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży. Brak realizacji świadczeń w ramach poziomów referencyjnych wynikał z trudności w pozyskaniu personelu oraz ograniczonych możliwości organizacyjnych i finansowych.

Dostępność do świadczeń opieki psychiatrycznej w Poradni Zdrowia Psychicznego nie była w pełni zgodna z warunkami umowy z Lubelskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Lublinie⁵ i regulacjami wewnętrznymi w zakresie dni i godzin przyjęć pacjentów. Wbrew obowiązującym przepisom ograniczono dostęp do świadczeń Oddziału Psychiatrii dla Dzieci i

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623 (dalej: ustawa o NIK).

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

³ Nowy model ochrony zdrowia psychicznego wprowadzony został rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz.1640), jednak w przypadku świadczeniodawców niespełniających wymogów określonych w załączniku nr 8 do rozporządzenia zmienianego w brzmieniu nadanym ww. rozporządzeniem, świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane na dotychczasowych zasadach.”

⁴ Dalej: I Klinika.

⁵ Dalej: LOW NFZ.

Młodzieży - pacjentom w wieku poniżej 13 roku życia.

Nierzetelnie prowadzono dokumentację dotyczącą udzielania świadczeń na Oddziale Dziennym i w Poradni, w której nie wykazano kompletnych informacji o faktycznym zatrudnieniu poszczególnych grup personelu, wobec czego nie było możliwe ustalenie spełniania wymogów dotyczących minimalnego równoważnika ich zatrudnienia, wskazanego w załącznikach do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień⁶.

Prawidłowo prowadzono listy oczekujących na udzielenie świadczenia, sprawozdawano dane dotyczące czasu oczekiwania na poradę lub przyjęcie do oddziałów, ale nie zapewniono świadczeniobiorcom możliwości umawiania i monitorowania w Poradni wizyt drogą elektroniczną. Liczba osób oczekujących na poradę wzrosła o 139 (w okresie od 30 września 2022 r. do 31 marca 2023 r.), a na przyjęcie do Oddziału Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży o 24 (w okresie od 31 marca 2020 r. do 31 marca 2023) - pomimo zwiększenia i pełnego wykorzystania liczby łóżek. Zwiększenie liczby oczekujących wynikało przede wszystkim z ogólnego wzrostu liczby osób potrzebujących opieki psychiatrycznej, ale także ograniczonej liczby godzin przyjęć pacjentów w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży. Pacjenci nie oczekiwali na przyjęcie do Oddziału Dziennego dla Młodzieży lub liczba oczekujących wynosiła od jednego do pięciu. Ze świadczeń ww. Oddziału w ciągu około roku od rozpoczęcia jego funkcjonowania skorzystało tylko 73 pacjentów, co mogło wynikać z małej popularności form dziennych opieki wśród rodziców oraz problemów związanych z codziennym zapewnieniem transportu pacjentów.

Zgodnie z przepisami prowadzono przyjętą do próby kontrolnej dokumentację medyczną pacjentów. Zlecano niezbędne badania, prowadzono konsultacje z rodziną i opiekunami pacjentów oraz udzielano świadczeń określonych w planie leczenia.

Szpital zapewnił warunki lokalowe oraz wyposażenie do realizacji świadczeń, dostęp do różnych form terapeutycznych oraz możliwości spędzania czasu wolnego. W związku z niekorzystną dla Szpitala wyceną świadczeń rzeczywiste koszty funkcjonowania Oddziału Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży znacznie przekraczały kwotę środków finansowych otrzymanych z LOW NFZ.

W Szpitalu przestrzegano praw pacjenta psychiatrycznego z wyjątkiem przypadków naruszenia przepisów prawa regulujących zasady stosowania przymusu bezpośredniego.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁷ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Realizacja świadczeń psychiatrycznych w trybie ambulatoryjnym i oddziału dziennego.

Opis stanu faktycznego

1.1. Organizacja świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży została określona w Regulaminie organizacyjnym Szpitala oraz stanowiącym załącznik do tego Regulaminu – Regulaminie wewnętrznym I Kliniki. Zgodnie z ww. dokumentami świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym były realizowane

⁶ Dz. U. z 2019 poz. 1285, ze zm. (dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych).

⁷ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

przez Oddział Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży⁸ i Oddział Dzienny Psychiatryczny dla Młodzieży⁹, zaś świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym w Przyklinicznej Przychodni Specjalistycznej - Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży¹⁰.

(akta kontroli tom I str. 6-15)

Według Księgi Rejestrowej Szpitala prowadzonej w ramach Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą¹¹, Oddział Dzienny rozpoczął funkcjonowanie od 21 marca 2019 r., zaś Poradnia 1 września 2021 r. Daty podane w przywołanym rejestrze odbiegały od daty rozpoczęcia udzielania świadczeń w tych komórkach organizacyjnych, tj. rozpoczęcie udzielania świadczeń dla pierwszej grupy pacjentów w Oddziale Dziennym nastąpiło 25 kwietnia 2022 r., zaś w Poradni 3 czerwca 2022 r.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że Oddział Dzienny uzyskał finansowanie z LOW NFZ w wyniku postępowania ogłoszonego 5 stycznia 2022 r., zaś Poradnia 1 kwietnia 2022 r. Zastępca Dyrektora ds. Informatyzacji Szpitala¹² wskazał, że w okresie przygotowywania do funkcjonowania ww. komórek Szpital podejmował liczne działania ukierunkowane na zdynamiczowanie pozyskania kontraktu pozwalającego na rozpoczęcie działalności. W sprawie tej kierował pisma do LOW NFZ informując o gotowości udzielania świadczeń psychiatrycznych w Poradni i Oddziale Dziennym w 2019 r., wnosząc tym samym o aktualizację Planów Zakupu na ten rok. Dodał, że Szpital nie ma możliwości wpłynięcia na decyzje podmiotu finansującego w zakresie ogłaszania i procedowania postępowań konkursowych, których rozstrzygnięcia warunkują możliwość rozpoczęcia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych przez podmiot leczniczy. Zauważył, że bezwzględnym warunkiem formalnym procedury zawierania umów z LOW NFZ jest zarejestrowanie w RWPDL danych komórek organizacyjnych starających się o pozyskanie kontraktu.

(akta kontroli tom I str. 18-50)

Według „rozporządzenia wewnętrznego Oddziału Dziennego Psychiatrycznego dla Młodzieży”, informacji zawartej na stronie internetowej I Kliniki oraz umowy zawartej przez Szpital z LOW NFZ, zajęcia z pacjentami w wieku od 13 do 18 roku życia rozpoczynały się o godzinie 13.30 i trwały do godziny 18.30, od poniedziałku do piątku. Oddział Dzienny posiadał 15 miejsc, a czas pobytu wynosił maksymalnie 217 dni (31 tygodni).

(akta kontroli tom I str. 10-15, 110-113)

Ustalono, że dokumentacja Szpitala nie była spójna w zakresie dni i godzin pracy Poradni, co szerzej opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli tom I str. 28-36, 50-56, 59-75, 114, tom II str. 207)

W drugim tygodniu¹³ lipca i grudnia 2022 r. oraz marca 2023 r. w Poradni przyjęto łącznie 51 pacjentów. Z wyjątkiem dwóch dni, podczas których w Poradni nie udzielano świadczeń w związku z nieobecnością lekarzy, porad udzielano zgodnie z harmonogramem Poradni, tj. w lipcu 2022 r. – w poniedziałki i wtorki oraz w pierwszy piątek miesiąca, w grudniu 2022 r. w poniedziałki, wtorki i piątki oraz w marcu 2023 r. w poniedziałki, środy i piątki.

⁸ Dalej: Oddział Psychiatrii lub Oddział.

⁹ Dalej: Oddział Dzienny.

¹⁰ Dalej: Poradnia.

¹¹ Dalej: RPWDL.

¹² Pełnomocnictwo ogólne z dnia 24 maja 2023 r. (dalej: Zastępca Dyrektora).

¹³ Od poniedziałku do niedzieli.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że w przypadku braku możliwości udzielania świadczeń w Poradni spowodowanej np. przebywaniem lekarza na urlopie wypoczynkowym, wizyty zapisane wcześniej są przesuwane na inny termin po uprzednim kontakcie z pacjentem lub z jego opiekunem.

Zastępca lekarza kierującego oddziałami I Kliniki Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji SPSK Nr 1 w Lublinie¹⁴ wyjaśniła, że brak harmonogramu pracy Poradni przez pięć dni w tygodniu wynikał z trudności kadrowych związanych z niedoborem lekarzy i psychologów, prowadzeniem specjalizacji i pracą dydaktyczną pracowników Kliniki.

Według stanu na 1 grudnia 2022 r. i 1 marca 2023 r. na przyjęcie do Poradni oczekiwało odpowiednio 117 i 169 pacjentów. Na 1 lipca 2022 r. nie było pacjentów oczekujących na przyjęcie do Poradni, a liczba pacjentów przyjętych w lipcu i grudniu 2022 r. oraz w marcu 2023 r. wynosiła odpowiednio: 23, 69 i 92.

(akta kontroli tom I str. 76-87, 106, 308-317, 457-459, 460-467)

Na listę oczekujących na przyjęcie w Oddziale Dziennym według stanu na 1 lipca 2022 r. wpisanych było pięciu pacjentów. Na 1 grudnia 2022 r. i 1 marca 2023 r. na przyjęcie do Oddziału Dziennego nie oczekiwał żaden pacjent, a liczba pacjentów uczestniczących w zajęciach wynosiła: 22 w lipcu 2022 r., 17 w grudniu 2022 r. i siedmiu w marcu 2023 r.

(akta kontroli tom I str. 88, 106, 308-317)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że harmonogram pracy Poradni, w tym harmonogram przyjęć lekarzy specjalistów jest opracowywany i zatwierdzany przez Kierownika I Kliniki. Ma charakter zmienny tj. obowiązuje do czasu wprowadzenia zmiany, zmiana harmonogramu może nastąpić w dowolnym czasie.

(akta kontroli tom I str. 307-380)

1.2. Analiza stanu zatrudnienia w Oddziale Dziennym w lipcu i grudniu 2022 r. oraz marcu 2023 r. wykazała, że w grupie pielęgniarek było ono zgodne z wymogami rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

Przedłożona do kontroli dokumentacja zatrudnienia w Oddziale Dziennym i w Poradni zawierała niekompletne dane dotyczące zatrudnienia w pozostałych, wskazanych w ww. rozporządzeniu grupach personelu, co szerzej opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli tom I str. 193-194, 205-210)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że liczbę personelu, która jest niezbędna do opieki nad dziećmi i młodzieżą w Poradni i Oddziale Dziennym ustala się na podstawie rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz dodatkowo warunków infrastruktury. Dodała, że na rynku pracy pojawiają się trudności w pozyskaniu specjalistycznej kadry lekarskiej, psychologicznej i psychoterapeutycznej do zatrudnienia w publicznych podmiotach leczniczych. Potrzeby kadrowe w opiece psychiatrii dziecięcej wynikają przede wszystkim z konieczności pilnego zwiększenia dostępności do świadczeń stacjonarnych (zwiększenia liczby łóżek w oddziałach dla dzieci i młodzieży) oraz ambulatoryjnej/dziennej i środowiskowej. Wskazała, że wymiar zatrudnienia dostosowywany jest do minimalnych wymogów, regulowanych przepisami prawa, jak również determinowany warunkami lokalowymi i powinien gwarantować bezpieczeństwo pacjentów.

(akta kontroli tom I str. 22-27)

Zgodnie z § 4 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków

¹⁴ Dalej: Zastępca lekarza kierującego oddziałami Kliniki.

umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w okresie trwania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii nie stosuje się m.in. przepisów § 6 ust. 2 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów w sprawie zmian w harmonogramie, zgodnie z którymi świadczenia w poszczególnych zakresach świadczeń udzielane są przez osoby wymienione w załączniku nr 2 do umowy – „Harmonogram-Zasoby”, a świadczeniodawca zobowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt. Szpital zgłaszał w ww. okresie zmiany w wykazie personelu stanowiącym załącznik do umów zawartych z LOW NFZ, jednak nie były one kompletne.

Ustalono, że w lipcu i grudniu 2022 r. oraz w marcu 2023 r. do LOW NFZ nie były zgłoszone cztery pielęgniarki udzielające świadczeń w Oddziale Dziennym oraz jedna pielęgniarka realizująca świadczenia w Poradni w lipcu 2022 r., a wśród zgłoszonego do NFZ personelu obu ww. komórek organizacyjnych widniały dane osób nieudzielających świadczeń, np. psychoterapeuty i dwóch psychologów w Poradni.

(akta kontroli tom I str. 193-194, 205-210, 370-375, 460-464)

1.3. Szpital prowadził rejestr pacjentów oczekujących na przyjęcie zarówno do Przychodni, jak i do Oddziału Dziennego oraz terminowo sprawozdawał do LOW NFZ dane w zakresie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia. Listy oczekujących pacjentów prowadzone były z wykorzystaniem systemu CliniNet i zawierały informacje, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁵.

(akta kontroli tom I str. 88, tom II str. 349)

Liczba pacjentów oczekujących na przyjęcie w Poradni według stanu na: 30 września 2022 r. wynosiła 42, 31 grudnia 2022 r. – 115, a 31 marca 2023 r. – 181 (przypadki stabilne). Średni czas oczekiwania wzrósł z siedmiu (na 30 września 2022 r.) do 36 dni (na 31 marca 2023 r.). Pierwszy wolny termin wizyty przypadał odpowiednio za 18 i 28 dni. Na wizytę nie oczekiwali pacjenci wymagający pilnej konsultacji.

Według stanu na 4 maja 2023 r. pierwszy wolny termin porady psychiatrycznej przypadał na 7 czerwca 2023 r. (tryb stabilny) oraz 5 maja 2023 r. (tryb pilny).

(akta kontroli tom I str. 23-27, 108)

Na przyjęcie do Oddziału Dziennego według stanu na 30 września 2022 r. oczekiwało pięciu pacjentów, a na 31 marca 2023 r. jeden. Na 31 grudnia 2022 r. nie było pacjentów oczekujących na przyjęcie do Oddziału. Stan wszystkich oczekujących pacjentów określany był jako stabilny. Średni czas oczekiwania wynosił 10 dni na 30 września i 31 grudnia 2022 r. oraz trzy dni na 31 marca 2023 r., a pierwszy wolny termin przypadał na odpowiednio po: 20, dwóch i 21 dni od daty rejestracji.

(akta kontroli tom I str. 107)

Jako przyczynę wzrostu liczby oczekujących na przyjęcie do Poradni i Oddziału Dziennego Dyrektor Szpitala wskazała pandemię COVID-19 i związane z nią restrykcje, które doprowadziły do dramatycznych zmian w funkcjonowaniu rodzinnym, szkolnym, rówieśniczym i emocjonalnym dzieci i młodzieży, doprowadzając do załamania naturalnie przebiegającego procesu socjalizacji,

¹⁵ Dz. U. z 2022 poz. 2561, ze zm. (dalej: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej).

zachwiania poczucia bezpieczeństwa, przeniesienia aktywności młodzieży do świata wirtualnego pełnego przemocy, niebezpieczeństwa i zagrożeń cyfrowych.

(akta kontroli tom I str. 376-380)

Szpital, zgodnie z art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, umożliwił świadczeniobiorcom umawianie wizyt drogą elektroniczną, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia za pośrednictwem e-portalu pacjenta, przy czym na dzień prowadzenia czynności kontrolnych wprowadzone przez Szpital narzędzie nie umożliwiała e-rejestracji do Poradni, co szerzej opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli tom I str. 420-424)

W okresie od 3 czerwca 2022 r. do 31 marca 2023 r. liczba pacjentów Poradni wynosiła 343 (w tym do końca 2022 r. – 179). Udzielono 584 porad (345 w 2022 r., w tym 34 telefonicznie). Największą grupę (208) stanowili pacjenci w wieku do 15 lat oraz powyżej 16 lat (115), przy czym dziewcząt było prawie dwukrotnie więcej niż chłopców 219 (63,8%). Spośród przyjętych pacjentów 203 (59,2%) zamieszkiwało na terenie powiatów innych niż lubelski.

Wśród wykazanych na potrzeby kontroli 2256 procedur (w tym 1287 w 2022 r.) najczęściej było o kodzie: 89.00 porada lekarska, konsultacja, asysta – 579 (346), 94.111 kliniczno-psychiatryczna ocena stanu psychicznego – 572 (342), 94.115 ocena stanu psychicznego – inne 337 (181), 94.25 leczenie lekami psychiatrycznymi – inne 276 (148), 94.112 ocena poczytalności 113 (57). Z 565 rozpoznań u pacjentów Poradni (w tym 230 do końca 2022 r.) najczęściej dotyczyło: epizodów depresyjnych (F32) – 107 (39), reakcji na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43) – 79 (42), innych zaburzeń lękowych (F41) – 64 (41), zaburzeń hiperkinetycznych (nadpobudliwości F90) – 59 (13), zaburzeń rozwoju psychicznego (F80-F89) – 50 (15), mieszanych zaburzeń zachowania i emocji (F92) – 37 (16), zaburzeń odżywiania (F50) – 23 (10), zaburzeń zachowania (F91) – 23 (6), zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych (nerwica natręctw) (F42) – 19 (8), upośledzeń umysłowych (F70-F79) – 19 (6), schizofrenii (F20) – 17 (4).

(akta kontroli tom I str. 157, 163-165, 227, 232, 304)

Analiza dokumentacji 10 pacjentów wykazała, że w dniu pierwszej wizyty w Poradni pacjentom założono dokumentację historii zdrowia i choroby. Dokumentacja była prowadzona czytelnie, wpisów dokonywano w porządku chronologicznym i były one autoryzowane. Zawierała informacje zebrane na podstawie wywiadu z pacjentem dotyczące: obciążeń dziedzicznych związanych z zaburzeniami psychicznymi (3), pobytów w szpitalu (3) oraz potwierdzenie dokonania oceny stanu psychicznego pacjenta (10). Sześciu pacjentów kontynuowało leczenie rozpoczęte w innych poradniach, w dwóch przypadkach pacjent zgłosił się do poradni zdrowia psychicznego po raz pierwszy, a dokumentacja medyczna kolejnych dwóch pacjentów nie zawierała informacji w powyższym zakresie. Brak skierowania pacjentów rozpoczynających leczenie do poradni funkcjonującej w ramach I poziomu referencyjnego, jak wyjaśniła Kierownik Działu Obsługi Pacjenta Psychiatrii, wynikał z faktu funkcjonowania Poradni w ramach „starego modelu opieki psychiatrycznej”, tym samym jej traktowania jako funkcjonującej w ramach tego poziomu. Dokumentacja trzech pacjentów zawierała informacje na temat czasu leczenia w poprzednich poradniach. Informacji w powyższym zakresie nie zawierała dokumentacja pozostałych pięciu pacjentów. Czterech pacjentów, przed określeniem diagnozy skierowano na badania psychologiczne. Brak skierowania na te badania pozostałych sześciu pacjentów wynikał z ich wcześniejszego zdiagnozowania w

innych poradniach lub objęcia psychoterapią. W dokumentacji czterech pacjentów znajdowały się wpisy o zleceniu badań diagnostycznych (laboratoryjnych, EEG), w tym jeden o badaniu już zrealizowanym. Opis badań znajdował się w dokumentacji jednego pacjenta. W pozostałych dwóch przypadkach skierowania na badania wydano na pierwszej wizycie będącej w dniu badania dokumentacji wizytą ostatnią. Brak wskazań do wykonania badań lub posiadanie aktualnych ich wyników był przyczyną braku zleceń ich wykonania w pozostałych przypadkach. Wpisów w zakresie rozpoznania choroby w stosunku do wszystkich pacjentów dokonano na pierwszej wizycie, na której w sześciu przypadkach ustalono plan terapeutyczny. W dwóch przypadkach plan terapeutyczny przewidywał oddziaływania skierowane do członków rodziny polegające na zaleceniu kolejnej wizyty w obecności ojca. Informacja o realizacji planu znajdowała się w dokumentacji jednego pacjenta, w przypadku drugiego pacjenta upłynął krótki okres czasu od wydania zalecenia. Brak ustalenia planu terapeutycznego w przypadku pozostałych pacjentów wynikał z jednorazowej wizyty w Poradni lub kontynuacji wcześniej rozpoczętego leczenia. W trzech przypadkach plan terapeutyczny przewidywał udział w psychoterapii, przy czym na dzień kontroli w dwóch przypadkach nie została jeszcze rozpoczęta, a w jednym zakończona. Plany terapeutyczne w pozostałym zakresie zostały zrealizowane w czterech przypadkach, w związku z brakiem kolejnych wizyt brak było możliwości ustalenia zakresu realizacji planu w jednym przypadku, w jednym przypadku pacjent oczekiwał na psychoterapię. Siedmiu pacjentów zostało poddanych farmakoterapii. Ich leczenie trwa nadal. W związku z brakiem wytycznych dokumentacja pacjentów nie zawierała informacji o wydaniu zaświadczenia dla lekarza o stosowanej farmakoterapii.

(akta kontroli tom II str. 34-49)

Ze świadczeń Oddziału Dziennego w okresie od 25 kwietnia 2022 r. do 31 marca 2023 r. skorzystało 73 pacjentów (55 do końca 2022 r.), w tym w wieku do 15 lat – 47 (35) i 26 (20) w wieku powyżej 16 lat. Najliczniejszą grupę 60 (82,2%) stanowiły dziewczęta, a w ogólnej liczbie dominowały osoby zamieszkujące na terenie powiatu lubelskiego 44 (60,3%).

W Oddziale Dziennym udzielono 632 porady, w tym 502 w 2022 r. oraz rozliczono 1564 osobodni (1209). Wśród wskazanych na potrzeby kontroli 355 procedur medycznych, 321 zrealizowano w 2022 r. Były to w szczególności procedury o następujących kodach ICD: 89.02 porada lekarska, 89.04 opieka pielęgniarki lub położnej, 94.115 ocena stanu psychicznego, 94.131 wywiad przed przyjęciem na leczenie, których zrealizowano po 67 (59 w 2022 r.). Pozostałe z ww. dotyczyły wykonanych badań laboratoryjnych pacjentów.

W ramach 78 rozpoznań (w tym 59 w 2022 r.) u pacjentów Oddziału Dziennego najczęściej dotyczyło: innych zaburzeń lękowych (F41) - 21 (w tym 13 rozpoznano w 2022 r.), reakcji na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43) -17 (12 w 2022 r.), (F32) epizodu depresyjnego - 11 (jeden w 2023 r.), zaburzeń rozwoju psychicznego (F89-F89) i mieszanych zaburzeń zachowania i emocji (F92) – osiem (siedem w 2022 r.).

(akta kontroli tom I str. 158, 165-167, 227, 233, 304, tom II str. 24-33)

Analiza dokumentacji 10 pacjentów Oddziału Dziennego wykazała, że realizacja świadczeń odbywała się pięć dni w tygodniu. U pacjentów dokonano rozpoznania jednostki chorobowej, a łączna liczba dni ich pobytu wynosiła 276, przy czym korzystali oni ze świadczeń podczas 169 dni (61,2%) w godzinach od 13.30 do 18.30. Pacjenci uczestniczyli w psychoterapii indywidualnej i grupowej, przy czym dokumentacja nie zawierała informacji na temat czasu trwania sesji. Pacjenci nie uczestniczyli w sesji psychoterapii rodzinnej lub sesji wsparcia psychospołecznego

dla rodzin, ponieważ tego rodzaju świadczenia nie były realizowane w ramach świadczeń Oddziału.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że w Oddziale Dziennym nie są organizowane sesje psychoterapii rodzinnej czy sesje wsparcia psychospołecznego dla rodzin. Są natomiast, przeprowadzane przez psychologów i lekarzy, spotkania i konsultacje z rodzicami pacjentów. Rodziny, jeśli to konieczne, są informowane oraz kierowane do ośrodków, które zajmują się takim wsparciem. Wskazała, że w okresie objętym kontrolą odbywały się comiesięczne spotkania dla rodziców pacjentów przebywających w Oddziale Dziennym (w ostatni czwartek miesiąca), oraz indywidualne rozmowy z rodzicami pacjentów, które były przeprowadzane przez psychologów i lekarzy. Rozmowy te miały być uwzględniane w obserwacjach lekarskich i psychologicznych. Jeśli w dokumentacjach 10 pacjentów Oddziału nie znalazły się odpowiednie wpisy oznacza to, że nie zostały one zamieszczone przez przeoczenie lekarza dokonującego opisu stanu pacjenta.

(akta kontroli tom I str. 381-385, tom II str. 24-33)

Zgodnie z § 7 pkt 5 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz rozporządzeniem wewnętrznym Oddziału Dziennego pacjentom zapewniono wyżywienie przygotowywane w kuchni głównej Szpitala.

(akta kontroli tom I str. 424-445)

W całości wykorzystano środki finansowe¹⁶ przyznane w 2022 r. na funkcjonowanie Oddziału Dziennego (225,3 tys. zł) i Poradni (53,8 tys. zł), zaś w 2023 r. (I kwartał) wydatkowano 37,6% (68,5 tys. zł) i 96,4% (37,3 tys. zł) środków finansowych przyznanych w wysokości odpowiednio 182,2 tys. zł i 38,7 tys. zł.

Zastępca Dyrektora wyjaśnił, że środki finansowe szacowane w kontrakcie przez LOW NFZ oparte są na prawie 100% realizacji osobodni dla 15 miejsc dziennych. Wskazał, że pomimo dotychczasowych wysiłków nie udało się doprowadzić do sytuacji skompletowania w systemie ciągłym stałej obecności 15 pacjentów w każdy dzień roboczy przewidziany finansowaniem. Do czynników wpływających negatywnie na obłożenie zaliczył: dość małą popularność form dziennych opieki wśród rodziców, problemy związane z codziennym zapewnieniem transportu pacjentów do Oddziału, nieobecności związane z czynnikami chorobowymi oraz okresem ferii, świąt itp.

(akta kontroli tom I str. 28-35, 161)

Rzeczywiste koszty funkcjonowania Oddziału Dziennego były wyższe od otrzymanych w ramach kontraktu z NFZ o 10,7% (249,3 tys. zł) w 2022 r. i 15,8% (79 tys. zł) w I kwartale 2023 r. Na koszty te składały się głównie koszty wynagrodzeń (stanowiące odpowiednio 75,4% i 72,7% kosztów poniesionych w 2022 r. i w I kwartale 2023 r.) oraz zakupu materiałów (16,3% w 2022 r. i 19,9 % w I kwartale 2023 r.).

Koszty wynagrodzeń personelu stanowiły 99,8% ogółu kosztów Poradni. Cena jednostki rozliczeniowej dla Oddziału Dziennego wynosiła do czerwca 2022 r. - 11,2 zł, a w kolejnych miesiącach 13,28 zł, zaś dla Poradni 9,67 zł w czerwcu po czym wzrosła do kwoty 12,86 zł. Na Szpital nie nakładano kar umownych w związku z realizacją umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej udzielanej dzieciom i młodzieży.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że I Klinika funkcjonuje zgodnie z zakresem objętym umową z NFZ, a ograniczenia wynikają z poziomu finansowania oraz wyników finansowych działalności oddziałów, które to za rok 2022 były ujemne i wynosiły łącznie dla I Kliniki 4160,5 tys. zł. Niezależnie od powyższego Szpital aplikuje

¹⁶ Bez uwzględnienia Funduszu Medycznego.

o pozyskanie środków zewnętrznych z różnego rodzaju programów i projektów dotyczących psychiatrii.

(akta kontroli tom I str. 239, 241-266, 370-376)

1.4. Oddział Dzienny znajdował się w budynku B przy ul. Głuskiej 1 w Lublinie. W skład pomieszczeń Oddziału wchodziły: gabinet psychologa i gabinet lekarski (wyposażone w biurka, meble biurowe, fotele oraz miejsca do siedzenia/leżenia typu worek/pufa), gabinet terapii zajęciowej (przygotowany na co najmniej kilkanaście miejsc, wyposażony w tablicę do pisania, meble biurowe i krzesła), gabinet do terapii grupowej (z pełnym wyposażeniem, stołówką oraz bazą higieniczno-sanitarną). Pomieszczenia Oddziału Dziennego znajdowały się w jednym skrzydle korytarza.

W Poradni usytuowanej w budynku A znajdował się gabinet lekarski i gabinet psychologa. Oba gabinety wyposażone były w: biurka, meble biurowe, fotele i krzesła, a gabinet lekarski dodatkowo w mały plastikowy stolik i dwa krzeselka dla dzieci oraz koszyk z zabawkami. Drzwi do gabinetów nie były wyciszone.

Zastępca lekarza kierującego oddziałami Kliniki wyjaśniła, że pomieszczenia Poradni były budowane zgodnie z wymaganiami prawa budowlanego i podczas odbioru technicznego tych pomieszczeń nie było zastrzeżeń dotyczących rodzaju zamontowanych drzwi.

W Oddziale Dziennym i Poradni uwidocznione zostały informacje określone w § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁷.

Poradnia i Oddział Dzienny dysponowały testami psychologicznymi m.in.: testami komputerowymi na platformie e-PSILON oraz testami pamięci wzrokowej Bentona.

(akta kontroli tom I str. 460-467, tom II str. 199-207)

1.5. Szpital nie zgłaszał uwag do projektowanych standardów opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą i nie prowadził w tej sprawie korespondencji. W okresie objętym kontrolą udzielanie świadczeń w zakresie psychiatrycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą w trybie ambulatoryjnym nie podlegało kontroli NFZ oraz innych podmiotów. Funkcjonowanie w „starym modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży” oraz nieprzekształcenie umowy z NFZ na realizację świadczeń w ramach poziomów referencyjnych związane było z trudnościami w pozyskaniu personelu o odpowiednich kwalifikacjach zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz ograniczonymi możliwościami organizacyjnymi (w tym związanymi z koniecznością wydzielania pododdziału dla dzieci młodszych oraz utworzenia wyodrębnionej izby przyjęć). Szpital uzyskał pozytywną opinię Ministra Zdrowia o celowości inwestycji, polegającej na dobudowaniu do obiektów przy ul. Głuskiej budynku przeznaczonego na infrastrukturę przeznaczoną do opieki dla dzieci i młodzieży. Nie pozyskał jednak środków na ten cel w ramach konkursu Ministerstwa Zdrowia na budowę lub przebudowę szpitali i oddziałów pediatrycznych ze środków z Funduszu Medycznego.

(akta kontroli str. 22-27)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W dokumentacji Szpitala wskazywano rozbieżne dni i godziny udzielania świadczeń w Poradni, tj. według:

¹⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 1194 (dalej: rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów).

- Regulaminu Wewnętrznego I Kliniki (§ 21) świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane były w: poniedziałki, środy i piątki w godzinach od 8.00 do 15.00, wtorki w godzinach od 8.00 do 18.00 oraz w czwartki w godzinach od 8.00 do 19.00;
- załącznika nr 2 do umowy nr 03-00-00092-22-39-03 Harmonogram – Zasoby, miejsce udzielania świadczeń dostępne było w: poniedziałki w godzinach od 8.00 do 14.00, wtorki od 8.00 do 12.00, środy od 11.00 do 15.00, czwartki od 8.00 do 15.00 i w piątki od 10.00 do 14.00;
- harmonogramu obowiązującego od 1 lipca 2022 r. pacjenci przyjmowani byli w: poniedziałki od 8.30 do 12.30, wtorki od 12.25 do 20.00 i w pierwszy piątek miesiąca od 8.30 do 13.00. W ww. harmonogramie dokonane zostały trzy zmiany, tj. polegająca na dokonywaniu przyjęć pacjentów w każdy piątek miesiąca i zmianie rozpoczęcia udzielania świadczeń w I i III poniedziałek miesiąca – od godziny 9.00 (od 1 grudnia 2022 r.) oraz zmianie dnia przyjęć z wtorku na środę w godzinach od 8.30 do 16.05 (od 1 marca 2023 r.).

W trakcie oględzin Poradni ustalono, że dzieci i młodzież byli przyjmowani w: poniedziałki od 8.30 do 13.00, wtorki od 8.30 do 14.30, środy od 8.30 do 15.00, czwartki od 9.00 do 20.00 z przerwą od 11.00 do 12.30 i w piątki od 8.30 do 12.30.

Zgodnie z § 2 ust. 1 umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej oraz z § 6 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów, świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione i zgodnie z harmonogramem określonym w załączniku nr 2 do umowy – Harmonogram – Zasoby.

Zastępca Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wszelkie zmiany Regulaminu Wewnętrznego Oddziałów Kliniki wymagają dokonania zmian w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala, do czego zgodnie z art. 48 ust. 2 pkt 2 lit. f) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁸ niezbędne jest pozyskanie opinii Rady Społecznej Szpitala. Jej posiedzenia odbywają się kwartalnie, co utrudnia odzwierciedlenie wszelkich zmian wprowadzanych w harmonogramie pracy Poradni, jednakże każdorazowo procedowany jest wniosek Kierownika Kliniki o zmianę zapisu w Regulaminie wewnętrznym w ww. zakresie. Dział Usług Medycznych i Rozliczeń dotychczasowo otrzymywał zmiany harmonogramów czasu pracy Poradni z opóźnieniem i ze zwłoką przekazywał te informacje do NFZ. System Obiegu Informacji NFZ (SZOI) uniemożliwia zgłoszenie harmonogramu pracy w wybranych dniach poszczególnych tygodni miesiąca.

(akta kontroli tom I str. 10-15, 28-36, 50-56, 114, tom II str. 199-207)

2. Nierzetelnie prowadzono dokumentację dotyczącą udzielania świadczeń na Oddziale Dziennym i w Poradni. Nie wykazano w niej kompletnych informacji o faktycznym zatrudnieniu poszczególnych grup personelu, wobec czego nie było możliwe ustalenie spełniania wymogów dotyczących minimalnego równoważnika ich zatrudnienia, wskazanego w załącznikach do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, tj. odpowiednio w załączniku nr 4 „Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach dziennych psychiatrycznych oraz warunki ich realizacji” – lp. 3 oraz w załączniku nr 6 „Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego) oraz warunki realizacji tych świadczeń – lp. 2.

Przedłożona do kontroli dokumentacja zatrudnienia:

¹⁸ Dz. U. z 2023 r. poz. 991, ze zm.

- w Poradni wskazywała jedynie zatrudnienie lekarzy specjalistów, które było niższe od wymaganego przepisami w lipcu i grudniu 2022 r. oraz w marcu 2023 r. odpowiednio o: 0,75; 0,67 i 0,51 etatu oraz nie zawierała informacji o zatrudnieniu psychoterapeuty, psychologa;
- w Oddziale Dziennym wskazywała niższy niż wymagany przepisami wymiar czasu pracy psychologów w lipcu 2022 r. i w marcu 2023 r. (o 0,45 i 0,14 etatu) oraz nie zawierała informacji o zatrudnieniu w Oddziale lekarzy, osób prowadzących terapię i psychologów (grudzień 2022 r.) lub informacje te były niewystarczające do określenia czasu ich pracy w Oddziale Dziennym.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że zabezpieczenie kadrowe Oddziałów i Poradni, prowadzących działalność w ramach I Kliniki odbywało się poprzez rotację jej pracowników. Pracownicy zatrudnieni w Klinice udzielali świadczeń zarówno w Oddziałach jak i w Poradni. Poinformowała, że uwzględniając zatrudnienie pracowników klinik psychiatrycznych obejmujące często kilka komórek organizacyjnych, część etatu oraz formę zadaniową realizowanych przez nich zadań dynamika zmian osobowych w harmonogramie pracy jest bardzo wysoka i trudna do bieżącej kontroli.

(akta kontroli tom I str. 193-194, 205-210, 370-375, tom II str. 345-348)

3. Szpital, wbrew przepisom art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, nie umożliwił świadczeniobiorcom umawiania wizyt w Poradni drogą elektroniczną, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia za pośrednictwem e-portalu pacjenta.

Zastępca Dyrektora wyjaśnił, że aby zapewnić realizację przepisów oraz najwyższy standard bezpieczeństwa pacjentów Szpital uzyskał od Ministerstwa Cyfryzacji zgodę na przyłączenie posiadanego systemu do Węzła Krajowego, tym samym oferując zainteresowanym pacjentom możliwość wygodnego autoryzowania się w portalu z wykorzystaniem Profilu Zaufanego w ramach systemu login.gov.pl. Z uwagi na ograniczenia techniczne pierwotnego silnika bazy danych, Szpital posiada dwie rozdzielone bazy danych medycznych oraz dwie instancje oprogramowania do obsługi Pacjentów Szpitalnych CliniNET. Rozwiązanie to według dostawcy systemu zapewniało szczególne bezpieczeństwo danych sensytywnych, dotyczących zdrowia psychicznego gromadzonych w systemach informatycznych. W roku 2021 Szpital zmigrował bazy danych do nowego silnika, który był pozbawiony wad poprzednika, zapewniał wysoki poziom bezpieczeństwa i zarządzanie uprawnieniami na wysokim poziomie. Mając na uwadze powyższe oraz fakt, że w projektach IT wymagających integracji systemów z narzędziami lub oprogramowaniem zewnętrznym posiadane rozwiązanie generuje problemy techniczne Szpital wystąpił w 2022 r. do dostawcy systemu o połączenie baz danych. Do chwili obecnej zgłoszenie dotyczące migracji i połączenia bez danych jest weryfikowane. Z powodu często pojawiających się problemów technicznych w portalu do obsługi pacjentów objętych opieką psychiatryczną podjęto decyzję o wyłączeniu dostępu z sieci rozległej (Internet) do czasu usunięcia przez twórcę oprogramowania wszystkich błędów wpływających na stabilność aplikacji. Aktualnie trwają testy sprawdzające funkcjonalność i poprawki oprogramowania.

(akta kontroli tom I str. 28-36, 381-385)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zapewnił warunki lokalowe i wyposażenie niezbędne do realizacji świadczeń w trybie ambulatoryjnym i oddziału dziennego. Dokumentacja zatrudnienia nie była jednak prowadzona rzetelnie, gdyż nie pozwalała na ustalenie spełniania wymogów dotyczących minimalnego równoważnika

zatrudnienia personelu określonego w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych.

Prawidłowo prowadzono listy oczekujących na udzielenie świadczenia oraz sprawozdawano dane dotyczące czasu oczekiwania na poradę lub przyjęcie do Oddziału. Faktyczna dostępność świadczeń w Poradni nie w każdym przypadku była jednak zgodna z podaną w załączniku do umowy z LOW NFZ. Ponadto, nie zapewniono świadczeniobiorcom możliwości umawiania w Poradni wizyt drogą elektroniczną. Dokumentacja pacjentów była prowadzona prawidłowo, a dokonywane w niej zapisy pozwalały na odtworzenie historii ich choroby.

OBSZAR

2. Realizacja świadczeń psychiatrycznych w trybie stacjonarnym.

Opis stanu faktycznego

2.1. Zgodnie z Regulaminem organizacyjnym Szpitala oraz Księgą Rejestrową prowadzoną w ramach RPWDL, świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży w trybie stacjonarnym udzielane były w Oddziale Psychiatrii.

(akta kontroli tom I str. 6-15)

2.2. Przekazana do kontroli dokumentacja zawierała niekompletne dane w zakresie zatrudnienia lekarzy psychiatrów i innych specjalistów w Oddziale Psychiatrii. Szczegółowy opis ustaleń w powyższym zakresie został zawarty w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli, tom I str. 193-194, 196-204)

W okresie objętym kontrolą Szpital zgłaszał do LOW NFZ zmiany w wykazie personelu udzielającego świadczeń w Oddziale Psychiatrii. Mimo to występowały niezgodności pomiędzy zgłoszonymi danymi a stanem faktycznym. Ustalono, że w: marcu, lipcu i w grudniu 2020 r. do LOW NFZ nie były zgłoszone dwie pielęgniarki udzielające świadczeń w Oddziale, w marcu 2021 r. sześć pielęgniarek i jedna osoba prowadząca terapię, w lipcu 2021 r. osiem pielęgniarek i osoba prowadząca terapię, w grudniu 2021 r. i w marcu 2022 r. osiem pielęgniarek i dwie osoby prowadzące terapię, w lipcu 11 pielęgniarek i dwie osoby prowadzące terapię, w grudniu 2020 r. 10 pielęgniarek i dwie osoby prowadzące terapię i w marcu 2023 r. lekarz, 10 pielęgniarek i dwie osoby prowadzące terapię. Ponadto w wśród zgłoszonego do LOW NFZ personelu Oddziału Psychiatrii widniały dane osób nieudzielających świadczeń. Powyższe nie naruszało przepisów w zakresie aktualizacji zmian w harmonogramie w związku z ich nieobowiązaniem w okresie trwania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, co zostało opisane w pkt 1.2 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli tom II str. 50-54, 68-146, 370-375)

W marcu, lipcu i grudniu lat 2020-2022 oraz w marcu 2023 r. w Oddziale zapewniono całodobową opiekę pielęgniarską, natomiast całodobowa opieka lekarska była zapewniona w ramach dyżuru lekarskiego obejmującego wszystkie oddziały psychiatryczne.

(akta kontroli tom I str. 370-375, 401-413)

Kwestie dotyczące konsultacji somatycznych i badań zewnętrznych regulowały m.in. „Procedura udzielania konsultacji pacjentom hospitalizowanym w SPKS Nr 1 w Lublinie” oraz „Procedura – zlecenie badań zewnętrznych”. Wskazywały one m.in., że konsultacje pacjentów Oddziału Psychiatrii w wieku od 16 roku życia są dokonywane przez specjalistów pracujących w oddziałach znajdujących się w strukturze SPSK Nr 1, a konsultacji pacjentów poniżej tego wieku dokonują także (za zgodą Dyrekcji) specjaliści zatrudnieni w jednostkach zewnętrznych.

Zastępca Dyrektora wyjaśnił, że Szpital zawarł umowy zewnętrzne w zakresie konsultacji nefrologicznych, urologicznych, neurologicznych, kardiologicznych, neurochirurgicznych, reumatologicznych, ginekologicznych i urologicznych dla pacjentów w wieku do 18 roku życia.

(akta kontroli tom I str. 28-36)

W SPSK Nr 1 określono normy zatrudnienia pielęgniarek, według których wymiar czasu ich pracy przypadający na jedno łóżko w Oddziale Psychiatrii wynosił 0,5 etatu.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że podobnie jak w przypadku Poradni i Oddziału Dziennego liczba personelu, która jest niezbędna do opieki nad pacjentami Oddziału Psychiatrii jest ustalana na podstawie rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz warunków infrastruktury. Według Pielęgniarki Oddziałowej liczba zatrudnionych pielęgniarek przekracza normy wskazane w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych o 2,5 etatu, a w dni wolne od pracy oraz noce na Oddziale Psychiatrii pełnią dyżur zawsze dwie osoby personelu pielęgniarskiego.

Zastępca lekarza kierującego oddziałami Kliniki poinformowała, że Oddział Psychiatrii nie jest oddziałem zamykającym swoją aktywność dodatnim wynikiem finansowym, wobec czego prośby dotyczące zwiększenia liczby personelu psychologicznego nie były akceptowane, zaś zwiększenie liczby personelu lekarskiego było niemożliwe w związku z deficytem specjalistów na rynku pracy. Według Dyrektora Szpitala, ze względu na duże zapotrzebowanie kadrowe, a przy tym ograniczoną liczbę specjalistów oraz rotację personelu Szpital nie zamykał rekrutacji, cały czas poszukiwał lekarzy i psychologów m.in. poprzez zgłoszenia krajowej oferty pracy do Miejskiego Urzędu Pracy, ogłoszenia na stronie internetowej Szpitala.

(akta kontroli tom I str. 22-27, 176-177, 388-392, 460-464)

Wynosząca 12 (do końca 2021 r.) i 22 (od stycznia 2022 r.) średnia liczba łóżek w Oddziale Psychiatrii odpowiadała liczbie łóżek zgłoszonych do RPPDL. Na dzień dokonania oględzin Oddziału Psychiatrii (29 maja 2023 r.) liczba ta była o dwa łóżka mniejsza od rzeczywistej liczby łóżek (24).

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że różnica w liczbie łóżek nigdy nie została zgłoszona przez Klinikę do Dyrekcji Szpitala celem formalnego procedowania korekty stanu w RPWDL. Łóżka te przeznaczone są do przyjęć pacjentów w stanach pilnych, wobec których niemożliwa jest odmowa przyjęcia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, tj. w trybie art. 15 ustawy o działalności leczniczej.

(akta kontroli tom I str. 192, 376-380, tom II str. 199-207)

W Regulaminie organizacyjnym Szpitala (§ 117) wyodrębniono stanowisko pracownika do spraw socjalnych pacjentów, do którego obowiązków należało m.in. przeprowadzanie wywiadów z pacjentami oraz ich rodzinami w celu rozpoznania ich warunków socjalno - bytowych oraz sytuacji po zakończeniu hospitalizacji, zbieranie informacji od służb socjalnych na temat funkcjonowania pacjenta i jego rodziny w środowisku, utrzymywanie stałego kontaktu z rodziną pacjenta podczas jego hospitalizacji, współpraca z lekarzami, pielęgniarkami i innymi członkami zespołów terapeutycznych, udzielanie informacji dotyczących procedur kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych, domów pomocy społecznej, przy czym pracownik ten nie realizował zadań w Oddziale Psychiatrii, co - jak wyjaśnił - wynikało z braku informacji ze strony personelu lekarskiego bądź pielęgniarskiego o potrzebie jego wizyty w Oddziale i pomocy pacjentom w jakiegokolwiek sprawie.

(akta kontroli tom I str. 386-387, 414-419)

2.3. Szpital prowadził rejestr pacjentów oczekujących na przyjęcie do Oddziału Psychiatrii. Liczba pacjentów oczekujących na przyjęcie do Oddziału Psychiatrii (przypadki stabilne) na ostatni dzień marca okresu objętego kontrolą wynosiła dwa w 2020 r., 10 w 2021 r., 33 w 2022 r. i 26 w 2023 r., czas oczekiwania na przyjęcie wynosił od 22 w 2021 r. do 35 dni, w 2022 r., pierwszy wolny termin przyjęcia wyznaczano na 22 (w 2020 r.), 27 (w 2021 r.), 39 (w 2022 r.) i 45 (w 2023 r.) dzień od daty rejestracji. Pacjenci wymagający pilnego przyjęcia do Oddziału oczekiwali od pięciu dni (na koniec września 2020 r.) do 48 dni (na koniec marca 2023 r.). Średni czas oczekiwania na koniec kwartałów okresu objętego kontrolą (I kwartał 2023 r.) wynosił 31 dni, a liczba pacjentów oczekujących na przyjęcie na ostatni dzień marca okresu objętego kontrolą wynosiła: dwa w 2020 r., pięć w 2021 r., 16 w 2022 r. i 27 w 2023 r.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że wzrost liczby pacjentów nastąpił w szczególności w wyniku pandemii COVID-19 oraz w jej konsekwencji postępującą degradacją znaczenia systemu rodzinnego.

(akta kontroli tom I str. 109, 376-380)

Zakwalifikowanie do przyjęcia do Oddziału Psychiatrii, w tym wpis na listę oczekujących, wymagało osobistej wizyty pacjenta.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że z uwagi na specyfikę pacjentów leczonych w Klinikach Psychiatrii, a także fakt, że skierowanie do Kliniki Psychiatrii może wystawić "każdy" lekarz, osoby przyjmowane do Oddziału przechodzą wstępną kwalifikację, w trakcie której lekarz specjalista dokonuje oceny pozwalającej określić ich stan i konieczność hospitalizacji, a także tryb przyjęcia do Oddziału oraz czy leczenie nie może być prowadzone w warunkach ambulatoryjnych, a kwalifikacja ta dokonywana jest po zgłoszeniu się do Izby Przyjęć Klinik Psychiatrii. Wskazała, że mając na uwadze powyższe istnieje możliwość zgłoszenia drogą e-mailową (także telefonicznie oraz za pośrednictwem osób trzecich) posiadania skierowania do Oddziału i umówienia się na wstępną kwalifikację (e-mail sekretariatu Kliniki), ale nie jest to podstawą automatycznego zapisania w kolejkę oczekujących. Z tych samych powodów nie można zapisać się samodzielnie/elektronicznie na listę oczekujących, tylko dokonuje tego wyznaczony pracownik w Klinice po uzgodnieniu z lekarzem specjalistą. Monitorowanie statusu na liście oczekujących oraz powiadamianie o terminie przyjęcia do oddziału (w przypadku przyjęć planowych) odbywa się telefonicznie lub e-mailowo przez wyznaczonego pracownika Kliniki lub po kontakcie z Kliniką osoby zainteresowanej/upoważnionej, osobiście lub na podany przez nią adres e-mail/telefon kontaktowy.

(akta kontroli tom I str. 376-380)

Według „Wykazu odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć”, w okresie od 2020-2023 (I kwartał) spośród 153 pacjentów izby (w tym 36 w 2023 r.), na listę oczekujących do przyjęcia do Oddziału Psychiatrii wpisano 105 osób. a 36 skierowano do innego szpitala. Do Szpitala nie zostało przyjętych łącznie 12 pacjentów. Odmowa przyjęcia spowodowana była w sześciu przypadkach wiekiem pacjentów - poniżej 13 roku życia (szczegółowy opis ustaleń opisany został w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”), a w pozostałych przypadkach brakiem miejsc w Oddziale.

Pomimo odmowy przyjęcia pacjenta z powodu braku miejsc pacjentom nie wystawiono skierowania do innego szpitala (w jednym przypadku zalecono szukanie miejsca w innych ośrodkach).

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że pięciu z sześciu pacjentów przywiezionych było karetką pogotowia ratunkowego, bez skierowania do Kliniki, w związku z epidemią

grypy na Oddziale Młodzieżowym Szpitala Neuropsychiatrycznego i odmowami przyjęć. Zespoły pogotowia ratunkowego wobec braku miejsc także w Klinice dalej przetransportowały pacjentów do innych szpitali, ustalonych przez koordynatora lub dyspozytora pogotowia. Żaden z pacjentów nie miał rozpoznania psychozy, większość stanowiły zaburzenia zachowania i trudności wychowawcze. Pacjentka z zagrożeniem samobójczym także pozostawała pod opieką pogotowia ratunkowego, które przywiozło ją do innego szpitala, ustalonego przez koordynatora lub dyspozytora pogotowia, a pacjentka, której zalecono szukanie miejsca w innym ośrodku, w związku z brakiem miejsc w oddziale młodzieżowym (co zapisano w karcie informacyjnej Izby Przyjęć) nie była w stanie zagrożenia życia według oceny lekarza Izby Przyjęć oraz pozostawała pod opieką ojca i babci.

(akta kontroli tom I str. 211-219, 376-380, 393-400)

W Oddziale hospitalizowanych było 392 pacjentów, w tym: 110 w 2020 r., 94 w 2021 r., 145 w 2022 r. i 43 w 2023 r. (I kwartał), najwięcej w wieku od 16 do 18 lat – 191 i w wieku od 10 do 15 lat – 177. Liczba hospitalizacji ogółem wynosiła 417, w tym: trwających do 14 dni - 41, trwających od 15 dni do jednego miesiąca – 125, trwających powyżej miesiąca do dwóch miesięcy – 158, trwających powyżej dwóch do trzech miesięcy – 58, trwających powyżej trzech miesięcy do sześciu miesięcy – 34 i jedna trwająca powyżej sześciu miesięcy. Liczba pacjentów przyjętych w trybie pilnym wynosiła 189, w trybie planowym 228, a poddanych ponownej hospitalizacji 22. Czas pobytu pacjenta w Oddziale wynosił od jednego do 207 dni. Liczba pacjentów zamieszkujących poza powiatem lubelskim wynosiła 319, a poza województwem lubelskim 55. Udział dziewczynek w liczbie pacjentów w każdym z lat objętych kontrolą (do 31 marca 2023 r.) był wyższy niż chłopców i wynosił: 62% w 2020 r., 75,5% w 2021 r., 72,7% w 2022 r. i 66,7% w I kwartale 2023 r.

Wśród 486 rozpoznań najczęstszą przyczyną hospitalizacji były: F92 Mieszane zaburzenia zachowania i emocji – 79 (16,3%), F50 Zaburzenia odżywiania – 77 (15,8%), F32 Epizod depresyjny – 46 (9,5%), F60-F69 Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych – 44 (9,1%), F20 Schizofrenia – 37 (7,6%), F43 Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne – 34 (7%), F91 Zaburzenia zachowania – 32 (6,6%).

(akta kontroli tom I str. 167-170, 183, 304, tom II str. 256-259)

W okresie od stycznia 2020 r. do 29 maja 2023 r. wystąpiło łącznie 12 „zdarzeń niepożądanych”, w tym dwie próby samobójcze, dwie ucieczki, dwukrotne samowolne oddalenie się pacjenta z Oddziału, dwukrotne samookaleczenie. Pozostałe przypadki dotyczyły urazów oraz agresji pacjenta wobec współpacjenta. W każdym przypadku Szpital podjął działania zapobiegawcze polegające m.in. na montażu zawiasów spowalniających zamykanie drzwi, bardziej szczegółowej kontroli rzeczy osobistych czy utworzeniu palarni.

(akta kontroli tom I str. 302-303)

Zastępca lekarza kierującego oddziałami Kliniki wyjaśniła, że zespół prowadzący pacjenta w Oddziale Psychiatrii z własnej inicjatywy opracowuje zalecenia do pracy z dzieckiem w szkole tylko w uzasadnionych przypadkach. Nie zdarzyła się sytuacja, aby szkoła kontaktowała się z zespołem prowadzącym. Zalecenia do pracy z dzieckiem w szkole opracowywane są w formie pisemnej za zgodą rodziców.

(akta kontroli tom I str. 390-392)

Analiza dokumentacji indywidualnej 10 pacjentów wykazała, że dokonane w niej zapisy pozwalały na prześledzenie historii pobytu pacjenta w Oddziale Psychiatrii, a dokumentacja spełniała wymogi § 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia

6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹⁹. Zawierała informacje o przeprowadzonym wywiadzie lekarskim, badaniu przedmiotowym, rozpoznaniu wstępnym, rozpoznaniu głównym. Wpisy były czytelne, dokonywane w porządku chronologicznym, autoryzowane, a karty choroby ponumerowane. Łączny czas hospitalizacji wynosił 1489 dni. Pierwszy wpis w dokumentacji dokonywany był w dniu przyjęcia pacjenta do Szpitala.

Dyrektor Szpitala poinformowała, że plan leczenia ustalany jest w pierwszym dniu po przyjęciu pacjenta do Oddziału i podlega on konsultacji podczas pierwszej rozmowy z jego rodzicami. Informacje na temat pacjentów były pozyskiwane zarówno od rodziców, ze szkół i z poradni psychologiczno-pedagogicznych. Wyjaśniła, że spotkania z psychologiem i konsultacje rodzinne są z każdym pacjentem przeprowadzane kilkakrotnie w ciągu pobytu. Są to spotkania diagnostyczne, sesje terapii rodzinnej indywidualnej jak i psychoedukacje, co jest udokumentowane w indywidualnych historiach choroby

(akta kontroli tom I str. 381-385, tom II str. 1-24)

Dokumentacja sześciu pacjentów była uzupełniana codziennie w sześciu przypadkach, co dwa-trzy dni w trzech przypadkach, a w jednym wpisów dokonywano z częstotliwością od czterech do siedmiu dni. Najdłuższa przerwa pomiędzy wpisami wynosiła pięć dni (jeden przypadek).

Dokumentacja zawierała m.in: wpisy o zleceniu badań, konsultacji i zabiegów oraz ich wyniki, karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej.

Pacjenci uczestniczyli w terapiach (grupowych i indywidualnych) i zajęciach rehabilitacyjnych, przy czym z dokumentacji nie wynikało ilu i w jakim czasie. Zgodnie z Regulaminem wewnętrznym I Kliniki, udział w zabiegach i zajęciach terapeutycznych zgodnie z zaleceniami personelu leczącego odbywał się w godzinach od 8.00 do 10.00, a zajęcia terapeutyczne, psychoterapia indywidualna, grupowa, psychoedukacja w godzinach od 11.00 do 13.00 i od 14.00 do 17.00.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że pacjenci Oddziału Dziennego są objęci psychoterapią indywidualną (raz w tygodniu), psychoterapią grupową (raz w tygodniu) oraz innymi zajęciami terapeutycznymi (psychorysunek, socjoterapia, trening relaksacyjny, terapia zajęciowa, arteterapia, kulinaria, zebranie społeczności, warsztaty filozoficzne, psychoedukacja, muzykoterapia, filmoterapia), co oznacza, że w okresie objętym kontrolą w psychoterapii oraz zajęciach terapeutycznych uczestniczyło 67 pacjentów, zrealizowano 48 psychoterapii grupowych, 67 procesów psychoterapii indywidualnej (czyli ok. 510 sesji psychoterapii indywidualnych) oraz 528 sesji innych zajęć terapeutycznych²⁰.

(akta kontroli tom I str. 10-15, 381-385, tom II str. 1-23)

Niezbędne informacje odnośnie leczenia szpitalnego zawarte były w karcie informacyjnej. Wyrażenie zgody przez pacjenta (lub jego opiekuna) na przyjęcie do Szpitala dokumentowane było wpisem do dokumentacji medycznej. Czterech pacjentów otrzymało zgodę lekarza na okresowe przebywanie poza Szpitalem. Łącznie wystawiono 12 przepustek trwających od siedmiu do 59 godzin. Czas wolny organizowano pacjentom poprzez dostęp do świetlicy i pomieszczeń rekreacyjnych z dostępem do telewizji i komputera. Wśród pacjentów, których dokumentację objęto kontrolą nie wystąpiły przypadki zjawisk negatywnych (samookaleczenia, próby samobójcze, samowolnego oddalenia).

¹⁹ Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm.

²⁰ Wyliczono na podstawie liczby pacjentów przebywających w Oddziale oraz długości ich pobytów.

U pacjentów dokonywano przeszukiwań rzeczy osobistych, ale wbrew obowiązującym w Oddziale zasadom, dokumentacja pacjentów nie zawierała informacji dotyczących czynności przeszukania wraz ze szczegółowym wskazaniem ich okoliczności.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że kontrola rzeczy osobistych pacjenta nie stanowi czynności przeprowadzanych obowiązkowo u każdego pacjenta, a wprowadzenie zapisu w tym zakresie do dokumentacji medycznej jest uprawnieniem lekarza i to on decyduje, które elementy realizowanych czynności są istotne merytorycznie i podlegają obligatoryjnemu wpisowi do prowadzonej dokumentacji.

(akta kontroli tom I str. 10-15, 381-385)

W przypadku trzech pacjentów stosowano przymus bezpośredni. Dla dwóch pacjentów ustalono indywidualny plan zajęć rehabilitacyjnych, a w jednym przypadku prowadzono konsultacje rodzinne.

Dokumentacja medyczna nie zawierała informacji na temat przesłanek umieszczenia pacjenta w danej sali. Lekarz zastępujący lekarza kierującego oddziałami Kliniki wyjaśniła, że rozlokowanie pacjentów na poszczególne sale w Oddziale Psychiatrii odbywa się zgodnie z zasadą wolnych miejsc, uwzględniając podział na płeć oraz zgodnie z zasadą zapewnienia bezpieczeństwa zarówno pacjentowi, jak i pracownikom. Pacjenci, których stan zdrowia wymaga szczególnego nadzoru są rozlokowani w salach izolacyjnych z monitoringiem. Poinformowała, że w okresie objętym kontrolą nie wystąpiła sytuacja konieczności pozostawienia w Szpitalu dzieci i młodzieży, które nie musiały być leczone w szpitalu, ale ze względu na ich trudną sytuację socialną nie mogły być z niego wypisane.

(akta kontroli tom I str. 390-392)

W szkoleniach/kursach podnoszących kwalifikacje oraz działaniach zapobiegających wypaleniu zawodowemu nie uczestniczyły osoby prowadzące terapię zajęciową i psychologów. Jeden z siedmiu lekarzy uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie psychiatrii, siedem z 24 pielęgniarek uczestniczyło w szkoleniach: dotyczących przetaczania krwi i jej składników (6), świadoma zgoda pacjenta, a obowiązki informacyjne lekarza w świetle aktualnych przepisów prawa (2), zasady prowadzenia dokumentacji medycznej w świetle aktualnych przepisów prawa (2), szczepienia ochronne dla pielęgniarek (1), jedna pielęgniarka ukończyła specjalizację „pielęgniarstwo psychiatryczne”. Pielęgniarki uczestniczyły w pogadance pn. „Wypalenie zawodowe pracowników zajmujących się profesjonalnym pomaganiem pacjentom z zaburzeniami psychicznymi”. Koszty związane z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych pracowników wynosiły od 0,3 tys. zł do 0,4 tys. zł.

(akta kontroli tom I str. 242, 305-307)

2.4. Zastępca Dyrektora wyjaśnił, że w Szpitalu istnieją ogólne regulacje (obejmują wszystkie Oddziały) dotyczące zlecania konsultacji do innych podmiotów oraz wykonywania badań w laboratoriach zewnętrznych, opisane w procedurach: „Procedura udzielania konsultacji pacjentom hospitalizowanym w SPSK Nr 1 w Lublinie”, „Procedura zlecania badań zewnętrznych”. Wskazał, że kierownictwo oddziałów psychiatrycznych nie wnioskowało o wyodrębnienie w istniejącej dla całego Szpitala procedurze współpracy z innymi świadczeniodawcami i podmiotami zasad dotyczących psychiatrii. Odbywa się ona na zasadach ogólnych wypracowanych dotychczas poprzez kontakty personelu lekarskiego poszczególnych podmiotów leczniczych.

(akta kontroli tom I str. 28-36)

2.5. Zastępca Dyrektora wyjaśnił, że wymogi dotyczące zapewnienia superwizji dla Oddziału Psychiatrii istnieją tylko w warunkach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego²¹, dlatego też Szpital przygotowuje się do organizacji tego świadczenia. Natomiast w zakresie realizacji konsyliów stosuje się zapisy ujęte ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²² oraz ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty²³.

(akta kontroli tom I str. 28-36)

2.6. W okresie objętym kontrolą do Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego²⁴ wpłynęły dwie skargi dotyczące funkcjonowania Oddziału Psychiatrii dotyczące:

— odmowy przyjęcia dziecka w stanie zagrożenia zdrowia lub życia do Kliniki z powodu braku miejsc. Skargę uznano za bezzasadną po dokonaniu ustaleń, że w związku ze stwierdzeniem przez lekarza, że stan małego nie spełnia kryteriów przyjęcia w trybie natychmiastowym został on wpisany na listę oczekujących z terminem oczekiwania ok. dwa tygodnie. Ustalono ponadto, że matka chłopca została poinformowana, że gdyby stan psychiczny dziecka uległ pogorszeniu, powinna skierować się do najbliższego szpitala psychiatrycznego posiadającego oddział dzieci i młodzieży oraz że w Szpitalu potwierdzono przypadki zakażenia COVID-19 - z tego powodu nowe przyjęcia do wszystkich oddziałów zostały wstrzymane;

— udostępniania dokumentacji medycznej, zastrzeżeń do leczenia, braku odwiedzin, pobrania opłaty za udostępnioną dokumentację medyczną dziecka. Po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego Rzecznik stwierdził zasadność złożonej skargi w części dotyczącej pobrania opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej oraz zawniósował o podjęcie działań zapobiegających podobnym zdarzeniom w przyszłości, w tym o przeszkolenie personelu Oddziału w ww. zakresie.

Oprócz ww. skarg Rzecznik procedował zgłoszone uwagi i zastrzeżenia pacjentów dotyczące np. ograniczeń w kontaktach z pacjentami (także w okresie pandemii COVID-19), częstotliwości spotkań pomiędzy pacjentami, odpowiadał na zapytania dotyczące m.in. stosowania przymusu bezpośredniego, przeszukania rzeczy osobistych pacjentów, możliwości sfinansowania przez NFZ intensywnej terapii psychologicznej i treningu umiejętności społecznych. Ponadto z własnej inicjatywy spotykał się z pacjentami Oddziału psychiatrii, omawiał prawa pacjenta, w tym do poszanowania życia rodzinnego i prywatnego, poczucia godności i intymności oraz w nawiązaniu do problemów zgłaszanych przez personel, wskazywał na konieczność przestrzegania zasad obowiązujących w Oddziale.

(akta kontroli tom I str. 350-354)

Pacjenci Oddziału Psychiatrii znajdującego się w budynku A przy ul. Głuskiej 1 w Lublinie mieli możliwość telefonicznego kontaktowania się z rodziną i innymi osobami z zewnątrz za pomocą ogólnodostępnego telefonu stacjonarnego umieszczonego na ścianie korytarza Oddziału. Telefon służył do użytku wyłącznie przez pacjentów. W razie potrzeby pacjentom udostępniany był bezprzewodowy telefon służbowy. Pacjenci, co do zasady mogli korzystać z telefonu po zajęciach

²¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 2086, ze zm.

²² Dz. U. z 2022 r. poz. 1876, ze zm.

²³ Dz. U. z 2022 r. poz. 1731, ze zm.

²⁴ Dalej: Rzecznik.

lekcyjnych od godziny 14.00 do 22.00, w uzasadnionych przypadkach za zgodą personelu również wcześniej. Pacjentom zapewniono intymność przy rozmowie, nie byli zmuszani do prowadzenia rozmów w obecności osób postronnych czy pod nadzorem personelu. Zgodnie m.in. z działem V pkt 6 Karty Praw Pacjenta²⁵ „Pacjent ma prawo do kontaktu osobistego, korespondencyjnego i telefonicznego z innymi osobami także z ogólnie dostępnego telefonu, a w wyjątkowym przypadku również z telefonu służbowego”.

Jak wyjaśniły uczestniczące w oględzinach Pielęgniarka Oddziałowa, Pielęgniarka koordynująca oraz Kierownik Działu Obsługi Pacjenta Psychiatrii, pacjentom umożliwiono kontakt osobisty tylko z rodziną, co do zasady po zajęciach lekcyjnych, bez ograniczeń, w godzinach odwiedzin ustalonych przez Oddział, chyba, że terapia poszczególnych pacjentów wymagała ograniczonego kontaktu z członkami rodziny – w takim przypadku decyzję podejmował lekarz. Odwiedziny odbywały się na korytarzu, nie wydzielono osobnych pomieszczeń do odwiedzin. Nie stosowano żadnych ograniczeń odwiedzin w stosunku do różnych grup wiekowych pacjentów. W § 6 Regulaminu wewnętrznego I Kliniki oraz w dokumencie „Zasady szczególne obowiązujące w Oddziale Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży I Kliniki Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji”²⁶ określono szczegółowe zasady i godziny odwiedzin.

(akta kontroli tom I str. 10-17, tom II str. 199-207, 339-344)

W okresie objętym kontrolą pacjenci uzyskiwali zgodę na okresowe przebywanie poza Oddziałem na tzw. „przepustkach”.

Jak wyjaśniła Dyrektor Szpitala, podstawowym warunkiem uzyskania zgody na przepustkę była aktualna ocena stanu psychicznego pacjenta przez lekarza. Zgody nie uzyskiwali pacjenci niestabilni psychicznie, którzy mogliby stanowić zagrożenie dla samych siebie i otoczenia. Szpital nie prowadził rejestru odmów wydania przepustek. Wynikały one wyłącznie z negatywnej oceny stanu psychicznego pacjenta przez lekarza.

Według rejestru przepustek prowadzonego w systemie CliniNet, liczba wydanych przepustek wynosiła: 35 w 2020 r., 0 w 2021 r., 226 w 2022 r. i 133 w 2023 r. (I kwartał), a liczba pacjentów, którzy uzyskiwali zgodę na przebywanie na przepustkach odpowiednio: 22, 0, 98 i 58.

Brak zgody na okresowe przebywanie poza oddziałem w 2021 r., jak wyjaśniła Dyrektor Szpitala, wynikał z nieudzielania, ze względów epidemiologicznych - przepustek w okresie największego nasilenia pandemii COVID-19 (marzec 2020 - grudzień 2021). Dyrektor poinformowała, że nie odnotowano przypadków niestawiennictwa pacjenta w Oddziale po odbytej przepustce. Przekroczenie godziny powrotu z przepustki wiązało się zazwyczaj z trudnościami z dojazdem (w Oddziale leczeni są pacjenci z całej Polski) i zawsze było uzgadniane z personelem Oddziału.

(akta kontroli tom II str. 209-218)

W Oddziale nie wprowadzono odrębnej procedury przeszukania pacjentów. Uregulowania dotyczące kontroli rzeczy osobistych pacjenta zawarto w Regulaminie wewnętrznym I Kliniki oraz w załączniku do ww. regulaminu, zgodnie z którym na Oddziale zabronione jest posiadanie m.in.: leków, suplementów diety, papierosów, alkoholu, pasków, szelek, długich wisiorów, kolczyków, obuwia z długimi sznurówkami, słoików, szklanych butelek, nożyczek, lusterek itp.

²⁵ Załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego Szpitala.

²⁶ Załącznik nr 1 do Regulaminu wewnętrznego I Kliniki Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że personel w wykonywaniu swoich obowiązków stosuje się do ww. regulacji, a w przypadku wniesienia na teren Oddziału rzeczy potencjalnie niebezpiecznych podejmuje czynności określone w ust. 3 pkt a) ww. załącznika.

(akta kontroli tom II str. 337-338)

Na stronie internetowej Szpitala oraz w ogólnodostępnym miejscu na terenie Oddziału Psychiatrii umieszczona została Karta Praw Pacjenta dotycząca m.in. przysługujących praw w zakresie możliwości uzyskiwania informacji na temat stanu zdrowia pacjenta. W Oddziale nie umieszczono informacji o sposobie kontaktu przedstawiciela ustawowego pacjenta z lekarzem. Według wyjaśnień osób uczestniczących w oględzinach m.in. Pielęgniarki Oddziałowej, umożliwiono uzyskanie informacji o stanie zdrowia pacjenta przedstawicielom ustawowym i osobom do tego upoważnionym poprzez bieżący kontakt z lekarzem, opiekunowie otrzymywali również od personelu Oddziału wydrukowaną informację z numerem telefonu do gabinetu lekarskiego i dyżurki pielęgniarek oraz ogólnodostępnego telefonu do kontaktu z pacjentem.

(akta kontroli tom II str. 199-207)

W wyniku oględzin Oddziału ustalono, że w salach chorych znajdowały się toalety wraz z prysznicami, a ich stan i wyposażenie zapewniał zachowanie prawa do intymności.

Pielęgniarka Oddziałowa wyjaśniła, że pacjenci zakazane mieli przebywanie w salach chorych innych pacjentów, ale nie ograniczano im możliwości swobodnego poruszania się po korytarzu Oddziału czy korzystania ze wspólnych pomieszczeń za zgodą i pod nadzorem personelu.

W Szpitalu obowiązywała procedura zastosowania przymusu bezpośredniego (dalej: Procedura)²⁷, w której określono m.in. sposób postępowania, odpowiedzialność i kompetencje poszczególnych pracowników Szpitala, warunki prowadzenia przymusu bezpośredniego, dokumentację wypełnianą w związku z zastosowaniem przymusu bezpośredniego. Na podstawie ww. procedury Szpital prowadził Rejestr pacjentów, wobec których zastosowano przymus bezpośredni²⁸.

(akta kontroli tom II str. 219-245)

W latach 2020-2023 (I kwartał) zgodnie z przekazanym do kontroli Rejestrem zastosowań przymusu bezpośredniego liczba przypadków zastosowania przymusu wynosiła, odpowiednio: 27, 35, 61 i 10.

W 2020 r. zastosowano 16 razy przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia, w tym wobec dwóch pacjentów połączony z izolacją, osiem razy przymus w formie izolacji (w dwóch przypadkach wraz z unieruchomieniem), pięć razy zastosowano przymus w postaci przytrzymania połączony z przymusowym podaniem leków – w każdym z tych przypadków oba przymusy były odnotowywane łącznie, w trzech przypadkach dotyczyły jednego pacjenta.

Najdłuższa izolacja trwała 55 godz. 16 min., a unieruchomienie 13 godz. 35 min. Wobec pięciu pacjentów przymus został powtórzony, u jednego raz, u trzech dwa razy, u jednego sześć razy.

W 2021 r. 28 razy zastosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, cztery razy w postaci izolacji, dwa przytrzymania i jeden w postaci przymusowego podania leku. Najdłuższa izolacja trwała 20 godz. 30 min., a unieruchomienie 20 godz. Wobec sześciu pacjentów przymus został powtórzony, u dwóch raz, u dwóch dwa razy, u jednego dziewięć razy, u jednego 13 razy.

²⁷ Procedura zastosowania przymusu bezpośredniego PP 15 – wydanie 8.

²⁸ Dalej: Rejestr.

W 2022 r. 53 razy zastosowano przymus w postaci unieruchomienia, w tym trzy przypadki połączone z przymusowym zastosowaniem leków i dwa z przytrzymaniem, osiem przypadków zastosowania izolacji, w tym jedno połączone z przytrzymaniem i przymusowym zastosowaniem leków, osiem razy zastosowano przytrzymanie, trzy samodzielnie a pięć razy połączone z innymi formami przymusu. Najdłuższe unieruchomienie wyniosło 22 godz., a izolacja 4 godz. Wobec sześciu pacjentów powtórzono przymus, u jednego raz, u jednego pięć razy, u dwóch osiem razy, u jednego 10 razy, u jednego 15 razy.

W 2023 r. (I kwartał) przymus bezpośredni w formie unieruchomienia zastosowano pięć razy, trzy razy izolację, po jednym razie przytrzymanie i przymusowe zastosowanie leków. Najdłuższa izolacja wyniosła 114 godz. a unieruchomienie 28 godz. Wobec dwóch pacjentów powtórzono przymus, u jednego raz, u jednego dwa razy.

Analiza kart zastosowania przymusu bezpośredniego znajdujących się w dokumentacji medycznej 10 pacjentów objętych badaniem wykazała, że nie odnotowano w Rejestrze wszystkich przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego, co szerzej zostało opisane w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli tom II str. 147-184, 185-197)

Przyczynami zastosowania przymusu bezpośredniego były m.in. agresja słowna i fizyczna pacjentów wobec personelu i innych pacjentów, wypowiedanie gróźb samobójczych, zachowania autoagresywne, samookaleczenia, pobudzenie psychoruchowe, silne przeżycia psychotyczne czy destabilizacja pracy Oddziału. Pacjenci, wobec których stosowano przymus bezpośredni byli w wieku od 13 do 22 lat. W okresie objętym kontrolą, zgodnie z przekazanym Rejestrem, przymus bezpośredni zastosowano 133 razy. Najczęściej stosowano go popołudniu 52 razy, wieczorem 46 razy, rano 30 razy i cztery razy w nocy²⁹. W jednym przypadku nie podano godziny.

Formy przymusu bezpośredniego zostały udokumentowane zgodnie z obowiązującą procedurą.

Na podstawie szczegółowego badania dokumentacji 10 pacjentów, wobec których łączny czas przymusu w postaci unieruchomienia lub izolacji trwał najdłużej ustalono, że:

- zastosowano formy przymusu: izolację (cztery, w tym w jednym przypadku dodatkowo unieruchomienie), unieruchomienie (sześć, w tym w jednym przypadku dodatkowo przymusowe zastosowanie leków),
- czas zastosowanego przymusu wynosił od siedmiu do 114 godz.,
- wobec ww. pacjentów 79 razy zastosowano przymus bezpośredni,
- w stosunku do ośmiu pacjentów przymus powtórzono od jednego do 19 razy.

(akta kontroli tom II str. 300-310)

Z wpisów w kartach przymusu bezpośredniego wynikało, że pierwsze przedłużenie zastosowanego przymusu następowało w ciągu czterech godzin, a kolejne przedłużenia były dokonywane na okres nie dłuższy niż sześć godzin. Trzeciego i kolejnych przedłużeń dokonywali również lekarze nieposiadający wymaganych kwalifikacji, co zostało opisane w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

Na podstawie oględzin zapisów monitoringu trzech pacjentów³⁰, wobec których zastosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia lub izolacji³¹,

²⁹ Na potrzeby kontroli dokonano podziału doby na cztery okresy czasowe po sześć godzin każdy tj. rano 6-12, popołudniu 12-18, wieczorem 18-24, nocą 24-6 w celu ustalenia określonych pór stosowania przymusu i ewentualnych wynikających z nich zależności.

³⁰ Dotyczy pacjentów oznaczonych w Rejestrze pod numerem księgi głównej 22/425, 23/81, 23/165.

połączonych z weryfikacją pozostałej dokumentacji medycznej ustalono, że: czas stosowania przymusu wyniósł od 13 do 114 godz., a lekarze przed podjęciem decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego nie zawsze dokonywali osobistego badania pacjenta, co szerzej opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”. Obowiązek kontrolowania stanu fizycznego pacjenta co 15 minut nie w każdym przypadku był również realizowany przez personel pielęgniarski, co jak wyjaśniły uczestniczące w oględzinach Pielęgniarka Oddziałowa i Pielęgniarka koordynująca, wynikało z obserwacji stanu pacjenta poprzez okienko obserwacyjne oraz monitoring umieszczony w punkcie pielęgniarskim znajdującym się we wnętrzu korytarza, który nadzoruje osoba z personelu pielęgniarskiego.

Wszystkie ww. osoby, wobec których zastosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia umieszczono w pomieszczeniu jednoosobowym.

Pracownicy Oddziału zostali zapoznani z procedurą stosowania przymusu bezpośredniego, co potwierdzili złożeniem podpisu na załączniku do tej procedury pn. „Procedury-Udokumentowana informacja”

(akta kontroli tom II str. 253-254, 299, 355-357)

2.7. Na świadczenia psychiatryczne³² w Oddziale, Szpital otrzymał: 1514,1 tys. zł w 2020 r., 1567,4 tys. zł w 2021 r., 3317,6 tys. zł w 2022 r. i 817,8 tys. zł w 2023 r. (I kwartał). Otrzymane w latach 2020-2022 środki finansowe zostały w całości wykorzystane, natomiast wykonanie za I kwartał 2023 r. stanowiło 114,8% otrzymanej kwoty tj. 938,7 tys. zł. Oprócz ww. środków Szpital otrzymywał środki finansowe związane ze zmianą przepisów³³, które dotyczyły całej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, np. w 2020 r. otrzymał 2006,1 tys. zł, w 2021 r. – 2322,2 tys. zł i 427,2 tys. zł w 2022 r. Środki te zostały wykorzystane w całości.

Faktyczne koszty zaewidencjonowane w ramach Oddziału były większe od otrzymanych w ramach umowy z NFZ, tj. w 2020 r. o 2,8% (wynosiły 1556,8 tys. zł), w 2021 r. o 99,5% (3126,3 tys. zł³⁴), w 2022 r. 7,6% (3568,9 tys. zł) i w I kwartale 2023 r. o 42,1% (1162,3 tys. zł). Stawka rozliczenia za udzielane świadczenia w okresie objętym kontrolą wynosiła: 15 zł do marca 2022 r., od kwietnia 2022 r. do czerwca 15,68 zł, a od lipca 2022 r. 20,83 zł. Największy udział w kosztach ogółem wynoszący od 72,3% (w 2021 r.) do 78,4% (w I kwartale 2023 r.) miały koszty wynagrodzeń i pochodnych. Udział kosztów zakupu materiałów, energii, leków, żywności, wynosił od 11,1% (w I kwartale 2023 r.) do 17,7% (w 2020 r.), a usług obcych od 2,9% w 2020 r. do 4,2% w 2023 r. Koszty wynagrodzeń, zakupu materiałów i usług obcych w 2022 r. wzrosły w stosunku do 2020 r. o 121%, 64% i 235%.

Oprócz ww. środków wynikających z kontraktu Szpital otrzymał środki finansowe na:

- hospitalizację psychiatryczną dzieci i młodzieży. Wynosiły one: 367,3 tys. zł w 2020 r., 716,9 tys. zł w 2021 r. i 65,1 tys. zł w 2022 r. i były przeznaczone na wynagrodzenia, w tym wypłacone w związku z COVID-19,

³¹ Wobec dwóch pacjentów zastosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, wobec jednego izolację.

³² Łącznie z Funduszem Medycznym.

³³ Np. w związku ze zmianą rozporządzenia zmieniającego OWU – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, kosztów świadczeń wynikających z przepisów art. 4 ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz zmian współczynników korygujących koszty udzielania świadczeń personelu.

³⁴ Wyższe koszty wynikały ze zmian współczynników korygujących kosztów świadczeń odnoszących się do całej umowy zawartej z NFZ.

- wsparcie inwestycji dla oddziału psychiatrii dziecięcej w związku z epidemią wirusa SARS-CoV-2 w 2021 r. w kwocie 684,1 tys. zł.

Dyrektor Szpitala poinformowała, że w okresie objętym kontrolą w oddziałach realizujących świadczenia w rodzaju opieka psychiatryczna innych niż Oddział Psychiatrii nie hospitalizowano pacjentów poniżej 18 roku życia.

(akta kontroli tom I str. 159, 161, 220-223, 234-298)

Na Szpital nie były nakładane kary umowne związane z realizacją umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej udzielanej dzieciom i młodzieży.

Zastępca Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że Klinika funkcjonuje zgodnie z zakresem objętym umową z NFZ, a ograniczenia wynikają z poziomu finansowania oraz wyników finansowych działalności oddziałów, które to za rok 2022 były ujemne i wynosiły łącznie dla I Kliniki 4160,5 tys. zł. Wskazał, że niezależnie od powyższego Szpital aplikuje o pozyskanie środków zewnętrznych z różnego rodzaju programów i projektów dotyczących psychiatrii:

- w marcu 2022 r. złożył propozycję projektu strategicznego w zakresie dofinansowania zadań polegających na budowie, przebudowie, modernizacji lub doposażeniu infrastruktury strategicznej podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej dla dzieci w ramach subfunduszu infrastruktury strategicznej. Kwota wnioskowanej dotacji wynosiła 50 mln zł. Projekt uzyskał wymaganą liczbę punktów, niestety nie zostanie zrealizowany z uwagi na wyczerpanie puli środków Ministerstwa Zdrowia;
- w grudniu 2022 roku Szpital po raz kolejny starał się o pozyskanie środków, w wysokości 1416,1 tys. zł, tym razem w zakresie modernizacji infrastruktury informatycznej Oddziału Psychiatrii w celu stosowania bardziej efektywnych metod diagnozy i leczenia, w ramach programu wieloletniego „Program wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży”. Projekt nie zostanie zrealizowany z uwagi na wyczerpanie puli środków Ministerstwa Zdrowia.

(akta kontroli tom I str. 28-36, 161)

2.8. W wyniku oględzin Oddziału Psychiatrii ustalono, że:

- w miejscu udzielania świadczeń uwidocznione zostały informacje określone w § 11 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów;
- w Oddziale znajdowały się niezbędne miejsca i pomieszczenia do udzielania świadczeń określone w załączniku nr 1 pkt VIII do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą³⁵, m.in. teren przeznaczony na cele terapeutyczno-rekreacyjne, pomieszczenia terapeutyczno-rehabilitacyjne, w tym siłownia z dużą ilością sprzętu (urządzenia/maszyny, piłki lekarskie, gumowe, sensoryczne, materace) czy jadalnia.
- teren przeznaczony na cele terapeutyczno-rekreacyjne wyposażony był m.in. w piaskownicę, siłownię zewnętrzną plenerową, krzesła, stoliki, fotele ogrodowe oraz ogrodzony był wysokim płotem oraz objęty monitoringiem.

Pielęgniarka Oddziałowa wyjaśniła, że z terenu terapeutyczno-rekreacyjnego korzystali pacjenci z podziałem na poszczególne oddziały w odpowiednich odstępach czasowych. Ustaleń dostępności do terenu personel dokonywał na bieżąco. Nie było w tym zakresie żadnych uregulowań wewnętrznych. Co do

³⁵ Dz. U. z 2022 r. poz. 402 (dalej: rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia).

zasady pacjenci oddziałów dla dorosłych korzystali z terenu do południa, natomiast Oddziału po południu, po zakończonych zajęciach lekcyjnych.

Ponadto Oddział dysponował:

- sala dydaktyczną wyposażoną w: rzutnik i projektor, tablicę, komodę, szafę i kilkadziesiąt krzesełek;
- pomieszczeniem do terapii grupowej z dużą tablicą i kilkunastoma miejscami do swobodnego siedzenia/leżenia typu worek/pufa;
- pomieszczeniem do terapii zajęciowej wyposażonym w tablicę, telewizor, materiały do rozwijania zdolności plastycznych/artystycznych/manualnych;
- dwoma salami lekcyjnymi: dużą wyposażoną w stoliki, krzesła, stanowiska komputerowe, telewizor, tablicę, materiały dydaktyczne i inne pomoce naukowe; małą wyposażoną w stoliki, krzesła, tablicę, telewizor i materiały dydaktyczno-naukowe;
- dwoma gabinetami psychologicznymi wyposażonymi w meble biurowe, kanapę i fotele, w których znajdowały się testy psychologiczne m.in.: WAIS-R(PL), WISC-R, kolorowe testy połączeń CTT-1 i CTT-2, Test Figury Złożonej Reya;
- stołami do tenisa stołowego oraz stołem do gry w piłkarzyki, na ścianach korytarza powieszono były kolorowe obrazy;
- pasami do unieruchomienia i kaftanami bezpieczeństwa.

Na terenie Oddziału nie utworzono pomieszczeń wyciszenia, a według wyjaśnień Pielęgniarki Oddziałowej, nie ma potrzeby tworzenia takiego pomieszczenia, ponieważ ewentualne umieszczanie pacjentów w takim miejscu mogłoby wywierać negatywny wpływ na dzieci, tym samym osiągnięte skutki terapeutyczne byłyby odwrotne od zamierzonych.

Rzecznikowi w trakcie pełnienia przez niego dyżuru udostępniany był gabinet pielęgniarki oddziałowej. W Szpitalu nie stwierdzono występowania łóżek wyłączonych z eksploatacji ani dostawek na korytarzach.

(akta kontroli tom II str. 197-207)

W okresie objętym kontrolą Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Lublinie (dalej: PPIS) przeprowadził trzy kontrole Oddziału Psychiatrii, tj.:

- kontrolę punktu wydawania posiłków w kuchence Oddziału Psychiatrii (w 2022 r.), której przedmiotem była ocena warunków żywienia zbiorowego pacjentów hospitalizowanych w placówce (kontrola nie wykazała nieprawidłowości),
- dwie kontrole sprawdzające (2020 r.) – potwierdzające realizację decyzji wydanej w 2018 r. dotyczącej m.in. zapewnienia izolatki, gabinetu diagnostyczno-zabiegowego i brudownika.

W 2022 r. PPIS wydał decyzję nakazującą zredukowanie liczby bakterii w wodzie przeznaczonej do spożycia przez ludzi, dokonania przeglądu technicznego sieci wody ciepłej, ponownego badania wody po wykonaniu ww. czynności.

(akta kontroli tom I str. 424-445)

Do Szpitala wpłynęły dwie, rozpatrzone jako niezasadne, skargi związane z funkcjonowaniem Oddziału Psychiatrii. Organem rozpatrującym skargi był Rzecznik. Skargi dotyczyły: zarzutu braku dostępu do świadczeń medycznych oraz błędnego leczenia i zastrzeżeń dotyczących udostępnienia dokumentacji medycznej.

(akta kontroli tom I str. 220-223, 320-328)

2.9. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że nie zgłaszała uwag do projektowanych w Ministerstwie Zdrowia standardów opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą. Poinformowała, że aktualnych zasad finansowania i sposobu rozliczania świadczeń nie można uznać za proste i zrozumiałe, a tym samym wspierające organizację realizacji świadczeń. Limity czasu trwania hospitalizacji przyporządkowane rozpoznaniom klinicznym, które niejednokrotnie zmieniają się powodując przekroczenie limitu dla zmienionego rozpoznania, limity na przepustki, które są elementem postępowania terapeutycznego, rozliczanie hospitalizacji osobodniami (a nie większym komponentem rozliczeniowym np. procedurą, hospitalizacją), wprowadzenie ryczałtowanego sposobu wynagradzania centrów zdrowia z jednoczesnym obowiązkiem korekt finansowych, które zależne są od korzystania ze świadczeń podopiecznych innych ośrodków, sprawiają, iż oszacowanie spodziewanego przychodu z prowadzenia działalności leczniczej w tym zakresie jest trudne. Wyjaśniła, że powyższe stanowi istotny determinant prowadzonej działalności, związany z koniecznością zatrudnienia odpowiedniej kadry medycznej i potrzebą oceny własnych możliwości finansowych, uwzględniających m.in. trudności w pozyskaniu specjalistycznej kadry lekarskiej, psychologicznej i psychoterapeutycznej. Sposób rozliczania hospitalizacji pacjenta w postaci osobodni, a nie procedur medycznych, nie sprzyja utrzymaniu wysokich standardów opieki nad dziećmi i młodzieżą. Na niskim poziomie pozostaje kontraktowanie niektórych usług, w tym np. psychoterapii rodzinnej, niezwykle istotnej w opiece nad dzieckiem z zaburzeniami psychicznymi. Także aktualne warunki lokalowe utrudniają poszerzenie wachlarza usług w zakresie opieki psychiatrycznej.

Dyrektor wskazała, że codzienna współpraca z instytucjami zewnętrznymi: szkołami, przedszkolami, lekarzami, poradniami pedagogiczno-psychologicznymi oraz sądami, układa się dobrze. Sytuacje trudne rozwiązywane są na bieżąco w osobistym kontakcie np. ze szkołami. Jednak wskazane byłoby połączenie systemów teleinformatycznych z lekarzami rodzinnymi, z opcją umożliwiającą wgląd w ocenę stanu somatycznego na podstawie wcześniej przeprowadzonych badań.

(akta kontroli tom I str. 22-27)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Nierzetelnie prowadzono dokumentację dotyczącą udzielania świadczeń w Oddziale Psychiatrii, w której nie wykazano kompletnych informacji o faktycznym zatrudnieniu poszczególnych grup personelu, wobec czego nie było możliwe ustalenie spełniania wymogów dotyczących minimalnego równoważnika ich zatrudnienia (w marcu, lipcu i grudniu lat 2020-2022 oraz w marcu 2023 r.), wskazanego w załączniku nr 1 „Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych oraz warunki ich realizacji” do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

Przedłożona do kontroli dokumentacja zatrudnienia wskazywała niższy niż wymagany przepisami zrealizowany wymiar czasu pracy:

- lekarzy specjalistów w: marcu i lipcu 2020 r. o 0,98 i 0,85 etatu; lipcu i grudniu 2021 r. o 0,84 i 0,88 etatu³⁶; marcu i lipcu 2022 r. o 1,45 i 0,98 i marcu 2023 r. o 0,24 etatu³⁷;

³⁶ W latach 2020-2021 minimalny równoważnik etatu lekarzy wynosił 1,13.

³⁷ W latach 2022-2023 minimalny równoważnik etatu lekarzy wynosił 1,69.

- psychologów w: marcu, lipcu i grudniu 2020 r. odpowiednio 0,43, 0,42 i 0,49 etatu, marcu i lipcu 2021 r. o 0,42 i 0,47³⁸; marcu, lipcu i grudniu 2022 r. o 0,72, 0,77 i 0,4 oraz w marcu 2023 r. o 0,76 etatu³⁹.
- pielęgniarek w: marcu i lipcu 2022 r. o 0,2 i 0,1 etatu.

Ponadto do kontroli nie przedłożono dokumentacji zatrudnienia lekarzy (grudzień 2020 r., marzec 2021 r.) i osób prowadzących terapię (marzec, lipiec, grudzień 2020 r.) pozwalającej na sprawdzenie spełniania wymogów określonych w ww. rozporządzeniu.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że z uwagi na to, iż Oddział Dzienny wchodzi w skład I Kliniki zabezpieczenie kadrowe oddziałów i poradni, prowadzących działalność w ramach tej jednostki odbywało się poprzez rotację jej pracowników. Pracownicy zatrudnieni w Klinice udzielali świadczeń zarówno w Oddziałach, jak i w Poradni. Poinformowała, że Kierownik I Kliniki dokonywał bieżącego przydzielania zadań podległemu personelowi celem zabezpieczenia wymaganej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Zmodyfikowany harmonogram pracy w Oddziale winien być przekazany celem aktualizacji danych w umowie zawartej z LOW NFZ. Potrzeby dotyczące zatrudnienia w Klinice były zgłaszane do Działu Kadr i Płac.

Uwzględniając zatrudnienie pracowników klinik psychiatrycznych obejmujące często kilka komórek organizacyjnych, część etatu oraz formę zadaniową (w związku z realizowaną dydaktyką w Uniwersytecie Medycznym), w tym zakresie realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej dynamika zmian osobowych harmonogramu pracy jest bardzo wysoka i trudna do bieżącej kontroli.

(akta kontroli tom I str. 193-194, 196-204, 370-375, 456-459)

2. Do Oddziału Psychiatrii nie przyjęto sześciu pacjentów w wieku poniżej 13 roku życia, pomimo braku zapisów wprowadzających ograniczenie wieku objętych świadczeniem pacjentów - w umowie z LOW NFZ oraz w dokumentach organizacyjnych Szpitala.

Zastępca Dyrektora wyjaśnił, że w związku z planami rozdzielania w najbliższym czasie Oddziału dla Dzieci i Młodzieży na dwa pododdziały - oddzielny przeznaczony dla dzieci do 13 roku życia, a drugi dla młodzieży od 13 roku życia, do tej pory wstrzymywane były w Klinice przyjęcia dzieci w wieku poniżej 13 lat. Dzieci były przekierowywane na leczenie do Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży w Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Lublinie, który znajduje się w sąsiedniej lokalizacji, co pozwala zapewnić pacjentom świadczenia w sposób adekwatny do bieżących potrzeb. Aktualna infrastruktura Oddziału nie pozwala na rozdzielanie dzieci młodszych od starszych przy zapewnieniu optymalnego poziomu bezpieczeństwa, stąd też kierownictwo Kliniki zorganizowało ww. formę przyjęć pacjentów.

Zgodnie z zapisami załącznika nr 1 „Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych oraz warunki ich realizacji” do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży obejmują diagnostykę i leczenie dzieci przed rozpoczęciem realizacji obowiązku szkolnego, dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadpodstawowych do ich ukończenia.

(akta kontroli tom I str. 28-34, 211-219)

3. Nierzetelnie prowadzono Rejestr zastosowań przymusu bezpośredniego.

³⁸ W latach 2020-2021 minimalny równoważnik etatu psychologów wynosił 1,2.

³⁹ W latach 2022-2023 minimalny równoważnik etatu psychologów wynosił 2,2.

W przyjętej do kontroli próbie wszystkich kart zastosowania przymusu 10 pacjentów ustalono, że:

- w przypadku trzech pacjentów liczba kart zastosowania przymusu (faktycznego) zgromadzona w dokumentacji medycznej różniła się od uwidocznionej w Rejestrze. W jednym przypadku zastosowano osiem przymusów więcej niż odnotowano w Rejestrze⁴⁰;
- w przypadku jednego pacjenta nie odnotowano w Rejestrze jednego przymusu, a jeden trwający 114 godzin został potraktowany jako dwie oddzielne formy i uwzględniony w dwóch pozycjach⁴¹;
- w odniesieniu do jednego pacjenta w Rejestrze odnotowano 11 przypadków zastosowania przymusu, podczas gdy w dokumentacji medycznej znajdowało się 10 kart⁴².

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że przyczyną nieumieszczenia w Rejestrze wszystkich przypadków przymusu bezpośredniego był brak bieżącego przekazywania kart do sekretariatu Kliniki, co wynikało z obciążenia pracą personelu Oddziału. Powodem potraktowania jednego przymusu w dwóch kolejnych pozycjach był brak wyraźnego oznaczenia, że jest to kontynuacja izolacji, a brak jednej karty przymusu bezpośredniego w historii choroby wynika z omyłkowego jej przełożenia w inne miejsce w gabinecie lekarskim. Dodała ponadto, że omyłkowo przełożona karta na dzień udzielenia wyjaśnień znajduje się we właściwej historii choroby.

Wyjaśnienia Dyrektor nie znalazły potwierdzenia w stanie faktycznym. Ponowna weryfikacja dokumentacji przymusu bezpośredniego zastosowanego wobec pacjenta, dokonana w obecności Pielęgniarki Oddziałowej i Pielęgniarki koordynującej wykazała brak ww. karty w dokumentacji medycznej pacjenta. Jak wyjaśniła Kierownik Działu Obsługi Pacjenta Psychiatrii, w Rejestrze wpisano błędny numer księgi głównej. Przymus zastosowany w dniu 28 kwietnia 2023 r. z godz. 22.30 dotyczył innego pacjenta.

(akta kontroli tom II str. 248-249, 255, 298, 260-265)

4. Decyzje o zastosowaniu trzeciego i kolejnych przedłużeń stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji pacjenta dokonywali lekarze niebędący lekarzami psychiatrami⁴³, co było niezgodne z art. 18a ust. 9 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, który stanowi, że po dwukrotnym przedłużeniu przez lekarza stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji dalsze przedłużenie jego stosowania na kolejne okresy, z których każdy nie może być dłuższy niż sześć godzin, jest dopuszczalne wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi przez lekarza psychiatrę. Wpisy w czterech kartach przymusu bezpośredniego⁴⁴ potwierdzają, że przedłużeń dokonywali lekarze nieposiadający wymaganej specjalizacji, pomimo obecności na dyżurze w dniach dokonywania przedłużeń lekarza specjalisty. W odniesieniu do trzech pacjentów sytuacja ta dotyczyła

⁴⁰ Dotyczy pacjenta oznaczonego w Rejestrze pod numerem księgi głównej 21/455. W dokumentacji medycznej znajdowało się 20 kart zastosowania przymusu, a w Rejestrze odnotowano 12 przypadków zastosowania przymusu.

⁴¹ Dotyczy pacjenta oznaczonego w Rejestrze pod numerem księgi głównej 23/165. W Rejestrze nie odnotowano przymusu z 30 marca 2023 r.

⁴² Dotyczy pacjenta oznaczonego w Rejestrze pod numerem księgi głównej 22/130.

⁴³ Zgodnie z art. 3 pkt 7 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r., poz. 2123) należy przez to rozumieć lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii lub lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

⁴⁴ Dotyczy pacjentów oznaczonych w Rejestrze pod numerem księgi głównej: 20/326, 21/200, 21/419 i 23/165.

sześciu przypadków⁴⁵ przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego, a w stosunku do jednego co najmniej siedmiu przypadków.

Jak wyjaśniła Dyrektor przedłużeń przymusu bezpośredniego dokonywali lekarze niebędący specjalistami po telefonicznym uzgodnieniu z lekarzem specjalistą, który w tym czasie sprawował obowiązki lekarza w innej części Kliniki.

(akta kontroli tom II str. 248-252)

5. Obowiązkowego, osobistego badania pacjenta przed podjęciem decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego nie przeprowadzono w 19 z 23 poddanych oględzinom przypadków przedłużeń tego przymusu dokonanych u trzech pacjentów⁴⁶. Wpisów w kartach zastosowania przymusu dokonywali zarówno lekarze rezydenci, jak i posiadający tytuł specjalisty z zakresu psychiatrii.

Ustalono, że u dwóch z ww. pacjentów, zastosowanie przymusu było przedłużone dwukrotnie, przy czym decyzja o przedłużeniu została podjęta po jednokrotnym zbadaniu jednego z nich. U jednego pacjenta dokonano 19 przedłużeń, przy czym obowiązek zbadania tego pacjenta zrealizowano jedynie w przypadku trzech.

Zgodnie z art. 18a ust. 8 i 9 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, lekarz, po osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi, może przedłużyć stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na następne dwa okresy, z których każdy nie może trwać dłużej niż 6 godzin. Po dwukrotnym przedłużeniu przez lekarza stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji dalsze przedłużenie jego stosowania na kolejne okresy, z których każdy nie może być dłuższy niż sześć godzin, jest dopuszczalne wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi przez lekarza psychiatrę.

Według wyjaśnień lekarzy niedopełnienie przez nich obowiązku badania osobistego pacjenta przed dokonaniem przedłużenia przymusu bezpośredniego wynikało m.in. z: nasilenia agresji pacjenta, chęci uniknięcia dodatkowego pobudzenia pacjenta podczas wizyt, które mogłoby spowodować wybudzenie pozostałych pacjentów Oddziału, przekonania o braku potrzeby osobistego badania, oceny stanu pacjenta na podstawie zapisów monitoringu czy oglądu przez okno sali izolacyjnej.

NIK zauważa, że zgodnie z ww. przepisami, obserwacja stanu pacjenta na monitoringu czy przez okno sali izolacyjnej jest niewystarczająca i nie może zastąpić osobistego badania.

(akta kontroli tom II str. 266-295, 297, 316-317, 320, 322, 325-326, 329, 331-332, 334)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zapewniał pacjentom odpowiednie warunki lokalowe, dostęp do różnych form terapeutycznych oraz możliwości spędzania czasu wolnego, przy czym dostęp do realizowanych świadczeń ograniczył tylko do dzieci i młodzieży w wieku powyżej 13 roku życia, co naruszał zakres świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży realizowanych w warunkach stacjonarnych wskazany w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych. Prowadził listy oczekujących na przyjęcie do Oddziału pacjentów, a zwiększająca się liczba oczekujących wynikała z czynników niezależnych od Szpitala. Środki finansowe otrzymywane z LOW NFZ nie pokrywały kosztów funkcjonowania Oddziału. Pomimo podejmowanych działań mających na celu zwiększenie dostępności do świadczeń psychiatrycznych, Szpital nie pozyskał środków na ich sfinansowanie. Brak rzetelnej dokumentacji

⁴⁵ Jeden lekarz niebędący lekarzem psychiatrą podjął decyzję o zastosowaniu trzeciego oraz kolejnych (do szóstego) przedłużenia stosowania przymusu, dwóch lekarzy dokonało trzeciego przedłużenia.

⁴⁶ Dotyczy pacjentów oznaczonych w Rejestrze pod numerem księgi głównej: 22/425, 23/81 i 23/165.

zatrudnienia w Oddziale uniemożliwiało sprawdzenie spełniania wymagań w zakresie minimalnego równoważnika zatrudnienia personelu określonego w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych. Szpital przestrzegał praw pacjentów, ale wystąpiły przypadki naruszenia przepisów prawa regulujących zasady przedłużania stosowania przymusu bezpośredniego, jak również nierzetelnego prowadzenia dokumentacji w tym zakresie.

IV. Uwagi i wnioski

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

Wnioski

1. Zapewnienie spójności informacji zawartych w dokumentacji Szpitala dotyczących harmonogramu pracy Poradni z ich faktyczną dostępnością.
2. Rzetelne prowadzenie dokumentacji czasu pracy personelu oraz dostosowanie zasobów kadrowych Poradni, Oddziału Dziennego i Oddziału Psychiatrii do wymogów rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.
3. Realizacja świadczeń stacjonarnych dla dzieci i młodzieży bez względu na wiek, zgodnie z zakresem określonym w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych.
4. Rzetelne prowadzenie Rejestru zastosowań przymusu bezpośredniego.
5. Przeprowadzanie osobistego badania pacjenta przez lekarza i/lub lekarza psychiatrę przed podjęciem decyzji o pierwszym lub drugim przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji.
6. Przeprowadzanie osobistego badania pacjenta przez lekarza psychiatrę przed podjęciem decyzji o trzecim i każdym kolejnym przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji.

W związku z podjęciem przez Szpital działań zmierzających do umożliwienia świadczeniobiorcom umawiania wizyt w Poradni drogą elektroniczną, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia za pośrednictwem e-portalu pacjenta, NIK odstępuje od formułowania wniosku pokontrolnego w ww. zakresie.

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 Lublinie. 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 14 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań. W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Lublin, dnia 24 lipca 2023 r.

Kontrolerzy:

Iwona Pacwa
Główny specjalista kontroli
państwowej

p.o. Dyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Lublinie

Edward Szempruch

.....
Podpis

.....
Podpis

Kamil Harasim
Inspektor kontroli państwowej

.....
Podpis