



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP.410.002.01.2023

Pan
Krzysztof Nazimek
Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. św. Jadwigi w Opolu
ul. Wodociągowa 4
45-221 Opole

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/077 - Opieka psychiatryczna nad dziećmi i młodzieżą

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Świętej Jadwigi w Opolu, ul. Wodociągowa 4, 45-221 Opole ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Krzysztof Nazimek, Dyrektor Szpitala ²
Zakres przedmiotowy kontroli	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 ³ z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały one związek z przedmiotem kontroli
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁴
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Opolu
Kontrolerzy	Agnieszka Roszczak-Fedorowicz, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/ 43/2023 z 12 maja 2023 r. (akta kontroli str. 1-2)

¹ Dalej: Szpital lub WSS.

² Dalej: Dyrektor.

³ 17 lipca 2023 r.

⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital prawidłowo zorganizował udzielanie świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w trybie ambulatoryjnym, a stwierdzone nieprawidłowości o charakterze formalnym nie miały wpływu na kontrolowaną działalność WSS. Organizacja świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży odpowiadała warunkom umowy zawartej z Opolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia⁶ i obowiązującym przepisom. Lekarze oraz specjaliści zatrudnieni w poradni psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży posiadali odpowiednie wykształcenie w dziedzinie psychiatrii, psychologii, psychoterapii oraz wymagane doświadczenie. Szpital zapewnił pacjentom Poradni odpowiednie warunki udzielania świadczeń oraz dostęp do wymaganych informacji. Pacjentom zapewniono też możliwość korzystania z różnych form zapisów na wizyty, a stosowane zasady rejestracji były przejrzyste. Nie stwierdzono przypadków ograniczania w udzielaniu pacjentom świadczeń oraz realizowaniu metod terapeutycznych.

Szpital prawidłowo zorganizował udzielanie świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w trybie stacjonarnym. W latach 2020-2023 (I kwartał) w Szpitalu hospitalizowanych było 959 pacjentów. Pacjenci przyjmowani byli w trybie nagłym. Wszyscy pacjenci wymagający leczenia stacjonarnego w Oddziale byli hospitalizowani, co powodowało regularne przyjęcia pacjentów ponad ustaloną liczbę łóżek. Z uwagi na niedostateczną, w odniesieniu to potrzeb, liczbę miejsc w Oddziale wynoszącą 18 łóżek, regularnie dostawiano w korytarzu dodatkowe łóżka (maksymalnie dostawiano siedem łóżek, tj. aż o 38% więcej).

W okresie objętym kontrolą 22 pacjentów przebywało w Szpitalu powyżej dwóch miesięcy. Przyczynami długotrwałych hospitalizacji były utrzymujące się wskazania zdrowotne. W Szpitalu przymus bezpośredni⁷ stosowano wyłącznie w formie unieruchomienia pasami. Stwierdzone w tym zakresie nieprawidłowości polegały na nierzetelnym prowadzeniu dokumentacji kart zastosowania przymusu bezpośredniego. Małoletnim zapewniono udział w różnych formach terapii, jednak dla żadnego z pacjentów nie opracowano indywidualnego planu zajęć rehabilitacyjnych, o którym mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych⁸. Nie zapewniono też superwizji dla osób udzielających świadczeń w Poradni i Oddziale.

⁵ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną, jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁶ Dalej: OOW NFZ.

⁷ Przymus bezpośredni to działanie, które podejmuje się wbrew woli osoby z zaburzeniami psychicznymi, i nie jest możliwe, np. uspokojenie danej osoby w inny sposób.

⁸ Dz. U. poz. 522. Dalej: rozporządzenie w sprawie zajęć rehabilitacyjnych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Realizacja świadczeń psychiatrycznych w trybie ambulatoryjnym i oddziału dziennego

1.1. WSS jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej utworzonym i nadzorowanym przez Samorząd Województwa Opolskiego, działającym na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁹, wpisanym do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Opolskiego (Księga Rejestrowa pod numerem 00000009416). Zadania Szpitala określone zostały w jego Statucie¹⁰ oraz w Regulaminie organizacyjnym¹¹. Organizacja świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży udzielanych w WSS była zgodna z ww. rejestrem i regulacjami wewnętrznymi. Działalność WSS w zakresie świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży obejmowała świadczenie usług medycznych ambulatoryjnych w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży¹² i stacjonarnie na Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci i Młodzieży¹³. W Regulaminie organizacyjnym wskazano m.in., że: a/ zadaniem Oddziału było zapewnienie przebywającym w Oddziale małoletnim całodobowej opieki lekarskiej, pielęgniarskiej i należytej obsługi, a ponadto zbadanie każdego przyjętego chorego dziecka, ustalenie rozpoznania i kierunku leczenia, zapewnienie chorym bezpieczeństwa w oddziale, prowadzenie pracy dydaktyczno-wychowawczej, b/ zadaniem Poradni było natomiast badanie chorych dzieci, ustalenie rozpoznania i ukierunkowanie dalszego leczenia, przeprowadzenie badań diagnostycznych i psychologicznych, udzielenie pomocy medycznej chorym dzieciom, które nie zostały zakwalifikowane do leczenia szpitalnego, przyjmowanie dzieci zakwalifikowanych do leczenia poszpitalnego, a także wykonywanie konsultacji psychiatrycznych.

(akta kontroli str. 239-305)

Udzielanie świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w Szpitalu było zgodne z warunkami obowiązującej w okresie objętym kontrolą umowy zawartej z OOW NFZ nr 08R/10065/04/PSY/2018¹⁴ wraz z aneksami. Przedmiotem umowy było udzielanie świadczeń psychiatrycznych stacjonarnie dla dzieci i młodzieży oraz udzielanie świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnie dla dzieci i młodzieży. Aneksem nr 15 z 28 czerwca 2022 r. do umowy obowiązującej na rok 2022 ustalono, że od 30 czerwca 2022 r. udzielanie świadczeń w ww. zakresach zostanie zakończone i zastąpione od 1 lipca 2022 r. następującymi świadczeniami: Ośrodek Wysokospecjalistycznej i Całodobowej Opieki Psychiatrycznej – III poziom referencyjny (leczenie stacjonarne w Oddziale) oraz Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży – Poradnia Zdrowia Psychicznego – II poziom referencyjny (leczenie ambulatoryjne w Poradni). Wprowadzona zamiana wynikała z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia

⁹ Dz. U. z 2023 r. poz. 991.

¹⁰ Wprowadzony Uchwałą Nr XV/193/2012 Sejmiku Województwa Opolskiego z 28 lutego 2012 r. w sprawie nadania statutu Wojewódzkiemu Specjalistycznemu Zespołowi Neuropsychiatrycznemu im. św. Jadwigi w Opolu, ze zmianami wprowadzonymi przez ww. organ: uchwałą Nr XXIII/300/2012 z 27 listopada 2012 r., uchwałą Nr XXXVI/423/2013 z 26 listopada 2013 r., uchwałą Nr XII/134/2015 z 22 grudnia 2015 r., uchwałą Nr XXXII/355/2017 z 26 września 2017 r., uchwałą Nr XXXVIII/416/2018 z 20 lutego 2018 r., uchwałą Nr II/12/2018 z 18 grudnia 2018 r. oraz uchwałą Nr XXXIII/352/2021 z 28 września 2021 r.

¹¹ Stanowiący załącznik nr 1 do Zarządzenia Dyrektora nr 41/2021 z 29 listopada 2021 r.

¹² Dalej: Centrum albo Poradnia. W Szpitalu nie udzielano świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w ramach Oddziału dziennego.

¹³ Dalej: Oddział.

¹⁴ Umowa zawarta 3 lipca 2018 r. obowiązująca do 30 czerwca 2023 r.

z 15 grudnia 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień¹⁵.

(akta kontroli str. 4-137, 114)

Od 1 lipca 2022 r. w Poradni udzielane były świadczenia w zakresie II stopnia referencyjnego zgodnie z wymogiem określonym w lp. 4, kolumna 3, ust. 3 pkt 1 i 2 załącznika nr 8 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień¹⁶ oraz zgodnie z ustaleniami zawartymi w załączniku nr 2 *Harmonogram Zasoby* do umowy zawartej z OOW NFZ. Poradnia dostępna była dla pacjentów pięć dni w tygodniu, w tym dwa razy w godzinach popołudniowych, i tak: w poniedziałek i środę od 7:30 do 15:00 (pięć i pół godziny), we wtorek i piątek od 7:30 do 20:00 (dwanaście i pół godziny), i w czwartek od 7:30 do 15:30 (osiem godzin). Udzielanie świadczeń psychiatrycznych pięć dni w tygodniu w wymagalnej liczbie co najmniej 4 godziny dziennie, w tym dwa razy w tygodniu w godzinach popołudniowych spełniało wymagania rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Wcześniej, tj. w latach 2020-2022 (do 30 czerwca) świadczenia udzielane w Poradni były zgodnie z harmonogramem określonym w załączniku nr 2 do umowy z OOW NFZ obowiązującej w tym okresie (poniedziałek, wtorek, czwartek od 9:00 do 14:30, w środę od 8:00 do 15:00 i w piątek od 9:00 do 15:00). Szczegółowa analiza wybranych do badania czterech tygodniowych harmonogramów pracy¹⁷ w Poradni potwierdziła realizację świadczeń we wskazanych dniach i godzinach. Liczba pacjentów przyjętych w Poradni, w wybranych do kontroli czterech tygodniach miesięcy: marca, sierpnia, grudnia 2022 r. i marca 2023 r., wynosiła odpowiednio: 81, 67, 74, 59 pacjentów.

(akta kontroli str. 87-137, 350-351, 352-353, 354-355, 356-357, 382-397)

Na stronie internetowej Szpitala, według stanu na dzień kontroli NIK (tj. 5 czerwca 2023 r.) zamieszczono informację, że Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży przyjmuje pacjentów do godziny 14:30 w poniedziałek, wtorek, czwartek i do godziny 15:00 w środę i piątek¹⁸. Powyższa informacja dotycząca czasu pracy Poradni była nieaktualna, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 375-378)

W Poradni zapewniono odpowiednie warunki dostępności do udzielanych świadczeń w siedmiu gabinetach dostosowanych do przyjmowania dzieci i młodzieży oraz pacjentów z niepełnosprawnością ruchową. W ww. gabinetach, dostosowanych do przyjmowania dzieci, przyjmowali lekarze, psycholodzy i psychoterapeuci zamiennie, według harmonogramów przyjęć danego specjalisty. W gabinetach zapewniono możliwość wykonania diagnoz, a do dyspozycji specjalistów były odpowiednie narzędzia psychologiczne, w tym testy do przeprowadzania indywidualnych badań. Świadczenia udzielane były z poszanowaniem dóbr osobistych, autonomii, intymności oraz poufności. W Poradni udostępniono pacjentom niektóre informacje wynikające z § 11 ust. 4 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁹, tj.: dane osoby kierującej Poradnią, informacje o trybie składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy i numerze bezpłatnej infolinii Rzecznika Praw Pacjenta, adresie i numerze telefonu wyznaczonej w OOW NFZ komórki do spraw skarg i wniosków, informacje o godzinach udzielania świadczeń. Pacjentom nie zapewniono dostępu do informacji, który specjalista (lekarz

¹⁵ Dz. U. poz. 2400, dalej: rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

¹⁶ Dz. U. poz. 1285, ze zm.; dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych.

¹⁷ Marzec: 2022 r. i 2023 r., sierpień 2022 r. oraz grudzień 2022 r.

¹⁸ Ostatnia modyfikacja ww. strony internetowej przeprowadzona była 21 kwietnia br.

¹⁹ Dz. U. z 2023 r. poz. 1194; dalej: rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów.

psychiatra, psycholog, psychoterapeuta) przyjmuje w danym gabinecie Poradni (§ 11 ust. 4 pkt 1 ww. załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów), co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 805-830)

1.2. Stan zatrudnienia lekarzy psychiatrów i innych specjalistów (psychologów, psychologów klinicznych i psychoterapeutów) udzielających świadczeń w Poradni był zgodny przepisami rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych i umowy zawartej z OOW NFZ²⁰. Badanie wymiaru zatrudnienia osób udzielających świadczeń w Poradni w wybranych do badania miesiącach²¹ wykazało, że było ono zgodne co do kwalifikacji i liczby etatów z wymogami określonymi w załączniku nr 8 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Ww. okresie świadczeń udzielało: a/ trzech lekarzy specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży; b/ jeden lub dwóch psychologów, c/ psycholog kliniczny, d/ sześciu psychoterapeutów oraz e/ pracownik socjalny. Od 1 lipca 2022 r. wymiar zatrudnienia w etatach personelu medycznego w Poradni (udzielającej świadczeń w II stopniu referencyjności) wynosił: 1,21 etatu w przypadku lekarzy psychiatrów, 1,6 etatu - psychoterapeutów, 0,34 etatu - psychologów i 0,26 etatu - pracownika socjalnego²² (wcześniej wymiar zatrudnienia personelu w Poradni wynosił: 0,84 etatu dla lekarzy psychiatrów, 1,57 etatu - psychoterapeutów, 0,16 etatu - psychologów i 0,26 etatu - pracownika socjalnego²³). W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły niedobory zatrudnienia w Poradni w doniesieniu do wymogów wynikających z umowy zawartej z OOW NFZ.

Ww. specjaliści zatrudnieni w Poradni posiadali odpowiednie wykształcenie specjalistyczne w dziedzinie psychologii i psychoterapii dzieci i młodzieży oraz wymagane doświadczenie.

Dane dotyczące potencjału wykonawczego Szpitala zatrudnionego w Poradni, przekazywane co roku do Ministerstwa Zdrowia w sprawozdaniach w zakresie lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych (MZ-15) były zgodne z danymi dotyczącymi wymiaru zatrudnienia lekarzy i specjalistów zatrudnionych w Poradni.

(akta kontroli str.153,-173, 185-206, 217-238, 313, 348-365, 372-387)

Dyrektor Szpitala w sprawie kryteriów ustalania liczby personelu niezbędnego do opieki nad dziećmi i młodzieżą, a także możliwości zaspokojenia potrzeb przez personel zatrudniony w wymiarze wymaganym przepisami wyjaśnił: *Liczba personelu poradni ustalana jest według wymagań określonych w przepisach ustawy (...) Zapewniamy zatrudnienie w minimalnym zakresie stosownie do wymagań umowy z NFZ. Nie ma perspektyw rozwoju w tym zakresie ponieważ brak jest zainteresowania specjalizacją w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, a kończący specjalizację nie są zainteresowani pracą w Szpitalu ani w poradni.*

(akta kontroli str. 312)

²⁰ Przy analizie uwzględniono przepisy zmieniające związane z wprowadzeniem stanu epidemii COVID-19, tj.: § 4 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 696) zawieszające w okresie trwania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii wymóg zgłaszania Prezesowi NFZ lub dyrektorowi oddziału wojewódzkiego NFZ zmian w harmonogramie dotyczących osób wykonujących świadczenia.

²¹ Marzec i grudzień 2020 r., 2021 r. i 2022 r. oraz marzec 2023 r.

²² Według stanu na 31 marca 2023 r.

²³ Według danych na 31 marca 2022 r.

1.3. WSS prowadził listy osób oczekujących na udzielenie świadczeń oraz przekazywał do OOW NFZ dane dotyczące czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia²⁴. Dane przekazywane do OOW NFZ w sprawozdaniach Szpitala były rzetelne, tj. zgodne z danymi wynikającymi z rejestrów tej jednostki. Dane dotyczące tzw. Pierwszego Wolnego Terminu (PWT) dla pacjentów pilnych oraz kontrolnych wysłane były elektronicznie do OOW NFZ w dniach pracy Poradni. Na dzień kontroli NIK (27 kwietnia br.) pierwszym wolnym terminem na udzielenie porady psychiatrycznej był 3 stycznia 2024 r. W okresie pandemii Covid-19, wg. informacji otrzymanej przez Szpital od OOW NFZ, sprawozdawczość z zakresu list oczekujących była zawieszona, zgodnie z ustawą z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem Covid-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych²⁵.

(akta kontroli str. 308-309, 312-313)

W Poradni i na stronie internetowej WSS znajdowały się informacje o sposobie rejestracji pacjentów. Zapisu na wizytę można było dokonać osobiście w godzinach od 7:00 do 15:00, telefonicznie lub korzystając z systemu elektronicznego poprzez e-rejestrację. Pacjent w dniu zgłoszenia do rejestracji otrzymywał informację o dacie i godzinie wyznaczonej wizyty oraz dane lekarza lub specjalisty, do którego został zapisany. Lista pacjentów oczekujących prowadzona była elektronicznie, a wpisy dokonywane były według kolejności zgłoszenia. Pacjentowi przysługiwało również prawo odwołania lub zamiany terminu wizyty. Zmiana pierwotnego terminu wizyty mogła być dokonana osobiście, telefonicznie lub elektronicznie (z wykorzystaniem adresu e-mail odwolajwizyte@wszn.opole.pl).

(akta kontroli str. 312-313, 308)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że Aby zarejestrować się należy założyć konto podając dane osobowe. Konto zostaje zweryfikowane i zatwierdzone przez uprawnionych pracowników Szpitala. Po potwierdzeniu pacjent może się zalogować i wybrać dostępny gabinet i termin wizyty. Do lekarza psychiatry nie jest wymagane skierowanie. Pacjenci rejestrowani są na kolejne wolne terminy. Wszyscy zgłaszający się do rejestracji pacjenci mają bezzwłocznie ustalony termin (data i godzina) oraz zostają wpisani na listę oczekujących. Listy pacjentów oczekujących prowadzone są w postaci elektronicznej. Pacjent nie ma możliwości na sprawdzenia statusu na liście oczekujących. Powiadomienia o zbliżającym się terminie wizyty wysyłane są poprzez SMS na 2 dni przed planowaną datą wizyty.

(akta kontroli str. 312)

Liczba pacjentów ujęta w planie udzielania świadczeń w Poradni wynosiła kolejno: 1 379 osób – wg stanu na 31 marca 2020 r., 1 218 - na 30 września 2020 r., 1 188 - na 31 grudnia 2020 r., 1 182 osób - na 31 marca 2021 r., 1 260 - na 30 września 2021 r., 1 306 osób - na 31 grudnia 2021 r., 1 332 - na 31 marca 2022 r., 1 343 - na 30 września 2022 r., 1 309 - na 31 grudnia 2022 r. i 1241 osób - na 31 marca 2023 r.

(akta kontroli str. 546)

²⁴ Żadnemu pacjentowi wymagającemu natychmiastowego udzielenia pomocy nie odmówiono leczenia.

²⁵ Dz. U. z 2023 r. poz. 1327, zmienioną przez art. 15 ust. 4 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem Covid-19 (Dz. U. poz.567, ze zm.).

W ww. okresach, liczba pacjentów - przypadków stabilnych, oczekujących na udzielenie świadczenia ww. Poradni²⁶ wynosiła od 2 do 15²⁷, a liczba pacjentów, którzy zrezygnowali i zostali skreśleni z listy wynosiła: 9, 9, 2, 3, 3 i 1 osób²⁸. Średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia dla przypadków stabilnych wynosił od 11²⁹ do 93 dni³⁰. Pierwszy wolny termin w dniach wynosił od 61 dni³¹ do 278 dni³². W ww. okresach nie stwierdzono przypadków tzw. pacjentów pilnych oczekujących na udzielenie świadczenia. Według danych na dzień kontroli NIK (6 lipca 2023 r.) pierwszy wolny termin do przyjęcia na udzielenie porady psychiatrycznej wypadał na 28 marca 2024 r. (na poradę kontrolną - 13 października 2023 r.), pierwszy wolny termin na udzielenie porady psychologicznej wypadał na 27 lipca 2023 r., a termin przyjęcia na wizytę u psychoterapeuty - 4 września 2023 r.

(akta kontroli str. 308, 310)

Dyrektor Szpitala w sprawie długiego terminu oczekiwania na udzielenie porady psychiatrycznej oraz sukcesywnego wydłużenia się czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia w Poradni wyjaśnił: *Długi czas oczekiwania na wizytę pierwszorazową do lekarza psychiatry wynika z głębokiego deficytu lekarzy psychiatrów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. W ostatnim okresie rozwiązała umowę o pracę wykształcona przez nas lekarka specjalistka w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. Ponosiliśmy koszty specjalizacji, delegacji, staży, itp., ale po uzyskaniu specjalizacji obietnica pracy w szpitalu już nie obowiązuje. Wolny człowiek podjął pracę lżejszą, łatwiejszą, przyjemniejszą być może. Ciężar pracy w oddziale i poradni musimy rozkładać na mniejszą ilość pracowników. Drugim powodem długiego oczekiwania na wizytę pierwszorazową jest rzekomy „prymat jakości” świadczenia nad dostępnością do tego świadczenia (MZ, NFZ). Ustalono sztywne czasy udzielania świadczeń ambulatoryjnych i administracyjnie ustalony czas jest tym „prymatem jakości”. Porada pierwszorazowa ma trwać godzinę, ani krócej, ani dłużej. Wydaje mi się, że miarą jakości są kwalifikacje i wiedza lekarza, który powinien decydować o czasie trwania wizyty, wówczas przyjętych byłoby więcej pacjentów i krótszy byłby czas oczekiwania na poradę.*

(akta kontroli str. 883, 895)

W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły przypadki odmowy udzielenia świadczenia w Poradni dla dzieci i młodzieży.

(akta kontroli str. 312)

W 2020 r. udzielono 2 865 porad ambulatoryjnych z zakresu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, w 2021 r. i 2022 r. odpowiednio 3 249 i 3 324 porad, a w I kwartale 2023 r. - 708 porad. Najliczniejszą grupą wiekową pacjentów przyjmowanych w Poradni (w poszczególnych okresach objętych kontrolą) byli pacjenci w wieku od 10 do 15 lat (odpowiednio: 583, 535, 585, 254 osób). Liczniejszą grupę pacjentów stanowili chłopcy (623, 617, 644, 253 pacjentów)³³.

Liczba porad udzielanych w ww. latach przez poszczególnych specjalistów przedstawiała się następująco: porady udzielone przez lekarza psychiatrę - 2 472, 2 793,

²⁶ Według stanu na 31 marca 2021 r., 30 września 2021 r., 30 września 2022 r. i 31 marca 2023 r., pacjenci przyjmowani byli na bieżąco, nie było osób oczekujących na udzielenie świadczenia.

²⁷ 11 pacjentów (30 września 2020 r.), 15 pacjentów (31 grudnia 2020 r.), 2 pacjentów (31 grudnia 2021 r.), 3 pacjentów (31 marca 2022 r.) i 2 pacjentów (31 grudnia 2022 r.).

²⁸ Kolejno: 30 września 2020 r., 31 grudnia 2020 r., 31 marca 2021 r., 31 marca 2022 r., 30 września 2022 r. i 31 marca 2023 r.

²⁹ 31 grudnia 2022 r.

³⁰ 31 grudnia 2020 r.

³¹ 31 grudnia 2020 r.

³² 31 marca 2023 r.

³³ Dziewczęta: 366, 431, 440, 192.

2 713 i 490, psychologa - 118, 144, 355, 13, innego terapeutę - 275, 312, 256, 205. Liczba przeprowadzonych sesji psychoterapii ogółem wynosiła: 342 sesji w 2020 r., 413 sesji w 2021 r., 556 sesji w 2022 r. oraz 201 sesji w I kwartale 2023 r. (przeprowadzono odpowiednio: 335, 413, 550, 199 sesje psychoterapii indywidualnej oraz 7, 6 i 2 sesje psychoterapii rodzinnej w 2020 r., w 2022 r. i w I kwartale 2023 r.). W badanym okresie 147 pacjentów uczestniczyło w psychoterapii indywidualnej (38 w 2020 r., 33 w 2021 r., 47 w 2022 r. i 29 pacjentów w I kwartale 2023 r.). W sesjach psychoterapii rodzinnej uczestniczyło natomiast: 7 pacjentów w 2020 r., 3 pacjentów w 2022 r. i 6 pacjentów w I kwartale 2023 r. (nie realizowano sesji psychoterapii grupowych). W Poradni udzielano również porad telefonicznych, których w poszczególnych okresach objętych kontrolą było odpowiednio 863 w 2020 r., 683 w 2021 r., 210 w 2022 r. (w I kwartale 2023 r. nie udzielano porad telefonicznych). W okresie objętym kontrolą w Poradni wystawiono łącznie 107 skierowań do innych świadczeniodawców (35 w 2020 r., 41 w 2021 r., 24 w 2022 r. i 7 w I kwartale 2023 r.).

(akta kontroli str. 139)

W sprawie udzielania świadczeń w ramach teleporad Ordynator Oddziału Psychiatrii dla dzieci i młodzieży wyjaśniła, że *teleporady możliwe były tylko w sytuacjach wyjątkowych u pacjentów znanych osobiście lekarzowi prowadzącemu pacjenta. W szerszym zakresie udzielanie teleporad było możliwe w trakcie pandemii.*

(akta kontroli str. 414)

Dyrektor Szpitala w sprawie małej liczby realizacji sesji psychoterapii rodzinnej i braku realizacji sesji psychoterapii grupowych wyjaśnił: *brak realizacji sesji psychoterapii grupowej dzieci i młodzieży wynika z braku zapotrzebowania na sesję psychoterapii grupowej. Rodzice wybierają jako formę terapii terapię indywidualną podobnie jak w przypadku terapii rodzinnej. Trudno nam wyjaśnić powody takich decyzji rodziców lub opiekunów. Być może są one związane z wewnętrznym oporem przed opowiadaniem o problemach na forum grupy. Udział w takiej terapii jest dobrowolny (...).*

(akta kontroli str. 896, 929)

W okresie objętym kontrolą w Poradni ustalono łącznie: 9 948 rozpoznań wg ICD-10³⁴ (odpowiednio 2 793, 3 180, 3 270 oraz 705 w I kwartale 2023 r.) w ramach 22 schorzeń, z czego najwięcej: F90 Zaburzenia hiperkinetyczne (nadpobudliwość) - 2 863 rozpoznań, F93 Zaburzenia emocjonalne rozpoczynające zwykle w dzieciństwie - 2 424 rozpoznań, F80-F89 Zaburzenia rozwoju psychicznego – 1 210 rozpoznań, F70-9 upośledzenie umysłowe - 759 rozpoznań, F50 Zaburzenia odżywiania się - 463 rozpoznań, F20 schizofrenia – 367 rozpoznań.

(akta kontroli str. 549-566)

Według obowiązujących zasad, zarejestrowanie pacjenta na wizytę i jego przyjęcie nie wymagało skierowania. W trakcie wizyty przeprowadzana była wstępna diagnostyka, zaplanowane zostały badania diagnostyczne, wystawione były skierowania (np. na terapię psychologiczną do psychologa zatrudnionego w Poradni lub do innego psychologa na terenie województwa opolskiego), a według potrzeb wdrażano terapię lekową.

(akta kontroli str.414)

Badanie dokumentacji medycznej 10 pacjentów pierwszorazowych przyjętych w Poradni po 1 lipca 2022 r. wykazało, że ww. dokumentacja prowadzona była zgodnie z wymogami określonymi w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach

³⁴ Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.

pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta³⁵ oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³⁶. Poddana oględzinom dokumentacja medyczna, obejmująca m.in. karty historii choroby pacjenta, prowadzona była elektronicznie. Karty posiadały kolejno ponumerowane strony, opatrzone były datą założenia, a wpisy w nich były czytelne i dokonywane w porządku chronologicznym oraz autoryzowane przez specjalistę dokonującego wpisu. W objętych badaniem historiach chorób pacjentów odnotowywano m.in.: zlecenie badań diagnostycznych, zabiegów lub konsultacji oraz zamieszczano wyniki wykonywanych badań³⁷. W każdej objętej badaniem dokumentacji medycznej znajdował się wpis dotyczący rozpoznania choroby lub problemu zdrowotnego. Proces diagnozowania każdego pacjenta pierwszorazowego obejmował każdorazowo wywiad, rozmowę, obserwację oraz dokonanie oceny stanu somatycznego i psychicznego. W dwóch przypadkach, w historii choroby znajdowała się informacja o korzystaniu pacjenta ze świadczeń psychiatrycznych udzielanych w ramach I poziomu referencyjnego (w pozostałych ośmiu historiach chorób: *pacjent korzystał z leczenia prywatnego, w bliskiej rodzinie pacjenta jest lekarz, rodzina dysfunkcyjna i pacjent nie zgłaszał się na wizyty, nie było potrzeby wcześniejszego leczenia, pacjent skierowany z oddziału neurologicznego, pacjent skierowany z innego Szpitala, pacjent skierowany z innej Poradni*). W dokumentacji czterech pacjentów znajdował się wpis o zleceniu badań psychologicznych, a wyniki konsultacji dołączone były do dokumentacji (w pozostałych sześciu historiach chorób znajdowały się m.in. następujące wpisy: *dziecko po konsultacji psychologa w innym szpitalu – Centrum Neonatologicznym, pacjent pod stałą opieką psychologa, pedagoga i logopedy w miejscu zamieszkania – w historii zaświadczenia, pacjent objęty wczesnym wspomaganie rozwoju, pacjent skierowany do leczenia stacjonarnego*). W jednym przypadku pacjent po wizycie został skierowany do leczenia stacjonarnego w WSS (został przyjęty w tym samym dniu). Rozpoznanie³⁸ ustalano na pierwszej wizycie (w jednym przypadku pacjent po wstępnej diagnozie przekazany został do Poradni z Izby Przyjęć WSS, a w innym - pacjent zgłosił się w celu konsultacji wydanej diagnozy przez innego lekarza). Plan terapeutyczny ustalono dla siedmiu pacjentów, a w pozostałych przypadkach - w dniu wizyty pacjenta skierowano i przyjęto na leczenie stacjonarne, pacjent zgłosił się wyłącznie w celu potwierdzenia diagnozy lub rodzic nie zgodził się na leczenie pacjenta. Plan terapeutyczny obejmował m.in. rozmowę terapeutyczną, indywidualną terapię psychologiczną, wsparcie terapeutyczne, omówienie dalszego postępowania, trening umiejętności społecznych oraz poradę wychowawczą. W jednym przypadku plan terapeutyczny przewidywał oddziaływania skierowane do członków rodzin.

(akta kontroli str. 569-612)

Wskazany w umowie z OOW NFZ poziom finansowania świadczeń realizowanych przez Szpital w każdym roku objętym kontrolą pozwolił na ich sfinansowanie w wymaganym zakresie. Wartość umowy zawartej z OOW NFZ na realizację świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży (stary model) w 2020 r. i 2021 r. wynosiła w każdym roku po 317,8 tys. zł³⁹, a wartość rozliczonych świadczeń

³⁵ Dz. U. z 2022 r. poz. 1876, ze zm.

³⁶ Dz.U. z 2022 r. poz. 1304 ze zm.; dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej.

³⁷ Badań diagnostycznych nie zlecano w przypadkach, kiedy pacjent zgłaszał się z aktualnymi wynikami badań, wizyta odbyła się jedynie w celu potwierdzenia wydanej przez innego lekarza diagnozy lub braku zgody rodzica na leczenie pacjenta

³⁸ M.in. zaburzenia: F93.8 inne zaburzenia emocjonalne okresu dzieciństwa, F89 zaburzenia rozwoju psychicznego, F90.0 zaburzenia aktywności i uwagi.

³⁹ 317 803,50 zł.

odpowiednio: 200,4 tys. zł⁴⁰ i 241,8 tys. zł⁴¹. W 2022 r. umowa zawarta z OOW NFZ obejmowała w pierwszych dwóch kwartałach 2022 r. udzielanie świadczeń w zakresie świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży (stary model) o wartości 158,9 tys. zł⁴², a wartość rozliczonych świadczeń wynosiła 153,2 tys. zł⁴³. W III kwartale 2022 r., po przejściu na II poziom referencyjny (nowy model) udzielono świadczeń o wartości 277,9 tys. zł⁴⁴ (wartość rozliczonych świadczeń wynosiła 268,4 tys. zł⁴⁵). W 2023 r.⁴⁶ wartość umowy zawartej z OOW NFZ w ww. zakresie wynosiła 193,7 tys. zł⁴⁷, a w I kwartale 2023 r. rozliczono świadczenia w kwocie 139,9 tys. zł⁴⁸.

W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły przypadki nałożenia kar wynikających z nieprawidłowej realizacji umowy zawartej z OOW NFZ.

W latach 2020-2022 cena za punkt jednostki rozliczeniowej świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży określona w ww. umowie wynosiła 9,50 zł. W związku ze zmianą zakresów udzielanych świadczeń od 1 lipca 2022 r. wprowadzoną aneksem nr 15 z 28 czerwca 2022 r., cena za punkt jednostki rozliczeniowej dla nowego świadczenia pn. Centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – poradnia zdrowia psychicznego – II poziom referencyjny wynosiła 10,82 zł, a od 1 stycznia 2023 r. 15,08 zł. W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły przypadki ograniczenia udzielania świadczeń z powodu braku środków finansowanych.

(akta kontroli str. 39-113, 114, 115-116, 542, 543)

Dyrektor wyjaśnił, że w okresie objętym kontrolą przychody Szpitala z tytułu udzielnych świadczeń w zakresie psychiatrii dziecięcej wzrosły w związku z podniesieniem stawki ale wraz ze wzrostem przychodów wzrosły koszty funkcjonowania psychiatrii dzieci i młodzieży.

(akta kontroli str.542)

Szpital ewidencjonował i rozliczał koszty prowadzenia działalności w podziale na wyodrębnione ośrodki powstania kosztów, co było zgodne z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawcy⁴⁹. Koszt działalności Poradni w poszczególnych latach objętych kontrolą sukcesywnie wzrastał i wynosił: 391,2 tys. zł w 2020 r., 386,1 tys. zł w 2021 r., 497,1 tys. zł w 2022 r. i 130,9 tys. zł w I kwartale 2023 r. (dla porównania w I kwartale 2022 r. koszt działalności Poradni był o 24,9 tys. zł niższy i wynosił 106 tys. zł). Średni koszt porady w poszczególnych latach wynosił odpowiednio 136,54 zł, 118,83 zł, 149,54 zł i 184,90 zł. W ww. działalności Szpital za każdy rok objęty kontrolą wykazywał ujemny wynik finansowy, tj. 190,7 tys. zł w 2020 r., 144,3 tys. zł w 2021 r. i 75,4 tys. zł w 2022 r.

(akta kontroli str. 544. 931, 965)

1.4. Dla Poradni i Oddziału opracowano i wdrożono procedurę określającą zasady diagnostyki i leczenia oraz zasady współpracy z innymi świadczeniodawcami i podmiotami, zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych. W ww. procedurze wskazano, iż podstawowym jej celem jest

⁴⁰ 200 438,32 zł.

⁴¹ 241 808,82 zł.

⁴² 158 859 zł.

⁴³ 153 241,28 zł.

⁴⁴ 277 857,60 zł.

⁴⁵ 268 389,77 zł.

⁴⁶ Według stanu na I kwartał 2023 r.

⁴⁷ 193 672,44 zł.

⁴⁸ 139 890,68 zł.

⁴⁹ Dz. U. poz. 2045.

udzielanie nieodpłatnych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży w ramach II i III poziomu referencyjnego. Ustalono również formy i zakres współpracy z innymi świadczeniodawcami i podmiotami m.in. ze szkołami, przychodniami psychologiczno-pedagogicznymi, domami dziecka, domami pomocy społecznej, sądami rodzinnymi, kuratorami i opiekunami społecznymi. Zakres współpracy, opisany w procedurze, obejmował: wskazanie ścieżki proponowanej pomocy, konsultacje psychologiczne (w wyjątkowych sytuacjach również telefoniczne), wsparcie psychologiczne w ramach Punktu Zgłoszeniowo-Konsultacyjnego, ustalenie terminu wizyty w Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży – Poradni Zdrowia Psychicznego, konsultacje psychiatryczne, przyjęcie do Ośrodka wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej w trybie pilnym lub planowym, sesje koordynacji z udziałem psychologów lub lekarza, skierowanie do innej instytucji bądź organizacji (np. w zakresie terapii uzależnień), a także wystawianie zaświadczeń dla Rodziców i opiekunów prawnych oraz instytucji.

(akta kontroli str. 415-419, 971-1019)

Ordynator Oddziału Psychiatrii Dla Dzieci i Młodzieży wyjaśniła, że *kontakt z innymi instytucjami (sądy, szkoły, opieka społeczna) odbywa się przede wszystkim w formie korespondencji. Organizujemy również wizyty dziecka i rodzica w obecności asystenta rodziny, kuratora, pracownika opieki społecznej, lub pracownika szkoły.*

(akta kontroli str. 414)

Zgodnie z ww. procedurą, w ramach udzielanych świadczeń przeprowadza się: a/ diagnozę psychiatryczną, obejmującą m.in. przeprowadzenie wywiadu, obserwację w gabinecie, ocenę stanu psychicznego i somatycznego, prowadzenie badań diagnostycznych, analizę dokumentacji i w zależności od potrzeb skierowanie na badania psychologiczne, terapię psychologiczną, laboratoryjne lub neuroobrazowe, przygotowanie planu postępowania⁵⁰, b/ diagnostykę psychologiczną, obejmującą zebranie wywiadu, obserwację w gabinecie, badanie psychologiczne, analizę dokumentacji, zdefiniowanie problemu, przygotowanie planu postępowania oraz omówienie planu postępowania z pacjentem i opiekunem prawnym. W dokumencie tym uwzględniono również zasady diagnostyki i leczenia w ramach III poziomu referencyjnego – leczenie stacjonarne. W odniesieniu do realizacji świadczeń w Oddziale (III poziom referencyjny) ustalono m.in., że przyjęcie pacjenta odbywa się w Izbie Przyjęć Szpitala (nie jest wymagane skierowanie), następnie przeprowadzana jest wstępna kwalifikacja pacjenta, konsultacja priorytetowa, w ramach której zakładana jest dokumentacja medyczna i następuje zapoznanie z prawami pacjenta, przeprowadzany jest wstępny wywiad i ocena stanu psychicznego pacjenta, ustalany jest tryb badań, ich zlecenie i przeprowadzenie, w uzasadnionych przypadkach następuje zlecenie konsultacji lub doraźnych interwencji medycznych, a następnie ustalana jest wstępna hipoteza diagnostyczna. Po analizie wyników badań i po obserwacji w Izbie Przyjęć następuje weryfikacja postawionej hipotezy diagnostycznej, weryfikowane są wskazania do hospitalizacji i następuje ustalenie dalszych zaleceń. W zależności od postawionej diagnozy pacjent przyjmowany jest do Oddziału – zgodnie z *Procedurą przyjęcia pacjenta do Oddziału psychiatrii dla dorosłych/dla dzieci i młodzieży/Zakładu Opiekuńczo Leczniczego o profilu psychiatrycznym*, lub odmowa hospitalizacji.

(akta kontroli str. 415-419)

⁵⁰ Plan postępowania zgodnie z procedurą odmawiany jest z pacjentem i/lub jego opiekunem prawnym, w razie konieczności wystawiane jest skierowanie do objęcia opieką całodobową.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *Zapoznanie pracowników z nowym modelem psychiatrii dzieci i młodzieży oraz zmianą przepisów w tym zakresie odbywało się w formie zebrań, na których przekazano wersje papierowe obowiązujących przepisów odnoszących się do poszczególnych poziomów referencyjnych. Omówiono również konieczność zmiany organizacji pracy poradni, między innymi w odniesieniu do zapewnienia jej dostępności dla pacjentów 2 razy w tygodniu do godziny 20:00. Na przełomie kwietnia i maja przekazano do oddziału wydane w wersji książkowej standardy organizacji w psychiatrii dziecięcej, które będą sukcesywnie wdrażane.*

(akta kontroli str. 399)

W Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży (tj. w Poradni) od grudnia 2022 r. działał Punkt Zgłoszeniowo-Koordinacyjny⁵¹, będący alternatywą dla pacjenta potrzebującego szybkiego kontaktu ze specjalistami Szpitala (psychologiem, mediatorem, prawnikiem, pracownikiem socjalnym, asystentem zdrowienia). Oferta ww. Punktu dedykowana była dla osób, które nie ukończyły 18 roku życia i dla rodziców pacjentów Poradni/Oddziału potrzebujących wsparcia. Punkt był dostępny w dni robocze od godziny 7:00 do godziny 18:00.

(akta kontroli str. 898-899)

Ordynator Oddziału psychiatrii dla dzieci i młodzieży wyjaśniła, że *w punkcie zgłoszeniowo-konsultacyjnym dokonywana jest wstępna ocena psychologiczna, następnie pacjent kierowany jest w zależności od potrzeb do oceny lekarza w ramach Poradni, na Izbę Przyjęć, do innej instytucji lub psycholog umawia się z pacjentem na kilka wizyt w ramach wsparcia psychologicznego. Psycholog kontaktuje się też za zgodą rodzica z innymi instytucjami zajmującymi się dzieckiem. Punkt zgłoszeniowo-konsultacyjny obejmuje opieką całe województwo.*

(akta kontroli str. 414)

1.5. W ramach udzielanych świadczeń w Poradni zapewniono organizację konsyliów dotyczących planów terapeutycznych i trudności diagnostycznych zgodnie z dyspozycjami zawartymi w załączniku nr 8 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. W okresie od 1 lipca 2022 r. do 28 kwietnia br. przeprowadzono odpowiednio: 91 i 39 konsyliów. W ww. okresie nie organizowano sesji koordynacji oraz superwizji dla osób udzielających świadczeń psychoterapii indywidualnej. Brak zapewnienia superwizji opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 139-140)

W sprawie braku organizowania sesji koordynacji Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *Konsylia na rzecz leczonych pacjentów nie mają ustalonych stałych terminów. Są organizowane w zależności od indywidualnych potrzeb. Nie sporządza się dokumentacji w formie protokołów, czy listy obecności. Fakt odbycia konsylium odzwierciedlony zostaje w dokumentacji rozliczeniowej z OOW NFZ. (...) Sesja koordynacji jest to nowy produkt kontraktowy wymagający aktywności rodziców, akceptacji rodziców i zaangażowania innych instytucji. Do tej pory nie było sytuacji wymagającej zorganizowania sesji koordynacji. Jest to zadanie przyszłości.*

(akta kontroli str. 929)

1.6. Warunki lokalowe i stan techniczny pomieszczeń WSS wykorzystywanych na potrzeby udzielania świadczeń w Poradni odpowiadały wymaganiom określonym w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia

⁵¹ Działalność Punktu była finansowana ze środków własnych Szpitala

podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁵², w szczególności w zakresie lokalizacji Poradni, wyposażenia gabinetów i pomieszczeń higieniczno-sanitarnych. Do Poradni zapewniony został dostęp dla osób z niepełnosprawnościami ruchowymi lub poruszających się na wózkach. W gabinetach, w których przyjmowano pacjentów, znajdowały się umywalki z ciepłą i zimną wodą, dozowniki z mydłem w płynie, dozowniki ze środkiem dezynfekcyjnym, a także pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia oraz kosze na śmieci. Pomieszczenia te wyposażono również w szafki i komody, kolorowe krzeselka i stoliki, zabawki i książki, jak też w narzędzia do wykonywania testów psychologicznych wykorzystywanych przy diagnozowaniu pacjentów. Świadczenia udzielane były z poszanowaniem dóbr osobistych, autonomii i praw osoby diagnozowanej, a także godności i autonomii oraz poufności. Krzesła w poczekalni znajdowały się w znacznej odległości od drzwi gabinetów. W Poradni znajdowały się również pomieszczenia higieniczno-sanitarne.

Świadczeniobiorcom zapewniono dostęp do informacji, o których mowa w § 11⁵³ załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów, z wyjątkiem danych dotyczących specjalistów udzielających świadczeń medycznych oraz godzin przyjmowania pacjentów w poszczególne dni tygodnia. Ustalenia te opisane zostały w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 805-830)

W okresie objętym kontrolą Poradnia nie była objęta kontrolą prowadzoną przez podmioty zewnętrzne, a w rejestrze skarg i wniosków nie odnotowano wpisów dotyczących nieprawidłowego funkcjonowania Poradni.

(akta kontroli str. 398-409, 532-541)

1.7. Dyrektor Szpitala w sprawie problemów w funkcjonowaniu ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej realizowanej przez WSS wyjaśnił, że *Problemy psychiatrii dziecięcej w województwie opolskim, to wynik wieloletnich zaniedbań organizatorów opieki zdrowotnej Resortu Zdrowia i innych organizatorów życia społecznego. „Zielone światło” dla psychiatrii dziecięcej, powszechne zainteresowanie zapaścią w tym obszarze to dopiero rok 2022 zwiększona zachorowalność dzieci w okresie pocovidowym. Wieloletnie niedofinansowanie świadczeń zdrowotnych przez budżet, następnie Kasy Chorych i NFZ dało obecny rezultat w zakresie zasobów kadrowych w psychiatrii dziecięcej w województwie – w naszym Szpitalu obecnie: 1 lekarz specjalista, 1 lekarz ze specjalizacją I^o i 2 rezydentów. Brak lekarzy i psychologów nie odrobi się genialnymi rozwiązaniami organizacyjnymi w postaci CZP, przygotowanych procedur, koncepcji terapii, wyznaczonych czasów porad czy godzin otwarcia poradni. Szkolenie lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii trwa minimum 5 lat lub w systemie dwufazowym minimum 7 lat (psychiatria dorosłych + psychiatria dziecięca). Do tego dochodzi kolejny problem organizacyjny, czy lekarz po uzyskaniu specjalizacji zechce pracować w systemie publicznej służby zdrowia, a tym bardziej w Szpitalu? System opieki zdrowotnej aktualnie funkcjonujący w kraju bezpłatnie szkoli specjalistów, natomiast nie potrafi ich zobowiązać do pracy w publicznych podmiotach opieki zdrowotnej. Niezwykle atrakcyjna oferta pracy w ramach komercyjnych świadczeń zabiera wszystkich nowych specjalistów. (...) Kolejnym problemem są warunki lokalowe oddziału i poradni. Pomieszczenia Oddziału Psychiatrii dzieci i Młodzieży zostały adaptowane i funkcjonują w obiekcie wybudowanym na przełomie lat 60/70 ubiegłego wieku dla ośrodka terapii*

⁵² Dz. U. z 2022 r. poz. 402.

⁵³ W szczególności: informacje o godzinach i miejscu udzielania świadczeń; numer telefonu do rejestracji Poradni; adres i numer telefonu najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej; informacje dotyczące trybu składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy; zasady potwierdzania prawa do świadczeń; adres i numer bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta; adres i numer telefonu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków OOW NFZ.

uzależnień. W 2021 r. Ministerstwo Zdrowia uruchomiło środki dla psychiatrii dziecięcej. W ramach tych środków chcieliśmy poprawić warunki lokalowe Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży. Wniosek został odrzucony, ponieważ jak się okazało finansowana w ramach tego budżetu była jedynie modernizacja istniejących już oddziałów. Złożyliśmy kolejny wniosek, a z otrzymanych środków przeprowadzony został remont polegający na modernizacji węzłów sanitarnych, wymianie podłóg, wymianie drzwi i malowaniu pomieszczeń funkcjonującego oddziału.

(akta kontroli str. 375, 379-381)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W Poradni nie zamieszczono informacji, dotyczącej imion i nazwisk osób udzielających świadczeń oraz godzin udzielania ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, pomimo takiego wymogu określonego w § 11 ust. 4 pkt 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów.

(akta kontroli str. 805-830)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że od lipca 2022 r. w pawilonie, gdzie zlokalizowane są poradnie dla dzieci i młodzieży rozpoczęto remont instalacji centralnego ogrzewania we wszystkich pomieszczeniach. Po zakończeniu przewidziano malowanie wszystkich pomieszczeń, w związku z tym mogły zdarzyć się wywieszki nieaktualne.

(akta kontroli str.862, 885)

W trakcie kontroli NIK (7 lipca br.) w Poradni zamieszczone zostały informacje dotyczące imion i nazwisk osób udzielających świadczeń oraz godzin udzielania ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży.

(akta kontroli str. 885-888)

2. Na stronie internetowej Szpitala (wszn.opole.pl) zamieszczono nierzetelne dane dotyczące godzin przyjęć w Poradni. Na ww. stronie wskazano⁵⁴, że Poradnia przyjmuje pacjentów w poniedziałek od 8:00 do 14:30, we wtorek i czwartek od 9:00 do 14:30, w środę od 8:00 i 15:00 i piątek od 9:00 do 15:00, podczas gdy Poradnia przyjmowała pacjentów w poniedziałek od 7:30 do 13:00, we wtorek i piątek od 7:30 do 20:00 oraz w środę i czwartek od 7:30 do 15:00.

(akta kontroli str. 311, 375-378)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *Informacja na stronie została skorygowana i nie miała wpływu na rzeczywistą dostępność do świadczeń, m.in. dwa razy w tygodniu, tj. wtorek i piątek w godzinach popołudniowych od 15:00 do 20:00. Ustalony harmonogram pracy Poradni wynika ze sztywnych ram czasowych.*

(akta kontroli str. 381, 382-397)

3. W okresie od 1 lipca 2022 r. do 28 kwietnia 2023 r. w Szpitalu nie zapewniono superwizji dla osób udzielających świadczeń w Poradni, pomimo obowiązku w tym zakresie wynikającego z lp. 4, ust. 3 pkt 12 załącznika nr 8 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, w myśl którego świadczeniodawca zapewnia superwizję dla osób udzielających świadczeń, co najmniej 12 razy w roku.

(akta kontroli str. 139-140)

W sprawie braku organizowania superrewizji dla osób udzielających świadczeń psychoterapii indywidualnej, Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: (...) *Zakończyliśmy współpracę z poprzednim superwizorem, ponieważ po zmianie ustawy zmieniły się wymagania i dotychczasowy superwizor nie spełnia kryteriów, gdyż posiadał on*

⁵⁴ W stanu na 5 czerwca 2023 r.

uprawnienia do procesów grupowych, ale nie posiadał uprawnień do prowadzenia psychoterapii grupowej. W ostatnim czasie udało nam się nawiązać kontakt z superwizorem, który spełnia powyższe wymagania i wyraził zgodę na podjęcie współpracy w tym zakresie. Niemniej jednak psychoterapeuci zatrudnieni w Poradni i Oddziale mają własnych superwizorów i korzystają z superwizji indywidualnych. Pracują też w różnych nurtach terapeutycznych.

(akta kontroli str. 962)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital prawidłowo zorganizował udzielanie świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w trybie ambulatoryjnym, a stwierdzone nieprawidłowości o charakterze formalnym nie miały wpływu na kontrolowaną działalność WSS. Organizacja świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży odpowiadała warunkom umowy zawartej z OOW NFZ i obowiązującym przepisom. Zatrudnieni lekarze oraz specjaliści w poradni psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży posiadali odpowiednie wykształcenie w dziedzinie psychiatrii, psychologii, psychoterapii oraz wymagane doświadczenie. Szpital zapewnił pacjentom odpowiednie warunki w zakresie udzielanych świadczeń oraz dostępność do wymaganych informacji. Pacjentom zapewniono różne możliwości zapisów na wizyty, a stosowane zasady rejestracji były przejrzyste. Nie stwierdzono przypadków ograniczeń w udzielaniu pacjentom świadczeń oraz realizowaniu metod terapeutycznych. Nie zapewniono natomiast superwizji dla osób udzielających świadczeń w Poradni.

Opis stanu faktycznego

2. Realizacja świadczeń psychiatrycznych w trybie stacjonarnym

2.1. Począwszy od grudnia 1997 r. jedną z jednostek organizacyjnych Szpitala był Oddział wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod poz. 10 z kodem identyfikacyjnym 4701.01 charakteryzującym specjalność komórki organizacyjnej jako oddział psychiatryczny (ogólny) dla dzieci. W ww. księdze wskazano, m.in. że Oddział dysponuje 18 łóżkami (stan ten nie ulegał zmianom w całym kontrolowanym okresie). Od początku swojego funkcjonowania Oddział zapewniał małoletnim pacjentom dostępność do świadczeń stacjonarnej opieki psychiatrycznej. Zgodnie z Regulaminem organizacyjnym Szpitala⁵⁵, zadaniem Oddziału jest zapewnienie przebywającym w nim małoletnim całodobowej opieki lekarskiej, pielęgniarskiej i należytej obsługi, a ponadto zbadanie każdego przyjętego chorego dziecka, ustalenie rozpoznania i kierunku leczenia. W całym okresie objętym kontrolą ww. Oddziałem kierowała Ordynator, będąca lekarzem specjalistą II stopnia specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

Od 1 lipca 2022 r. Szpital zmienił zakres udzielania świadczeń stacjonarnych w Oddziale w ramach zawartej z OOW NFZ umowy⁵⁶ zastępując świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży⁵⁷ świadczeniami udzielanymi w ośrodku wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej – III poziom referencyjny.

(akta kontroli str. 114, 239-244, 245-301, 302-305)

2.2. Według stanu na koniec lat 2020, 2021, 2022 i na dzień 30 kwietnia 2023 r. świadczeń w Oddziale udzielało:

- czterech lekarzy w 2020 r. i w marcu 2021 r., sześciu lekarzy w grudniu 2021 r., w marcu i w grudniu 2022 r. oraz siedmiu lekarzy od stycznia 2023 r.⁵⁸; lekarze posiadali specjalizację z psychiatrii dziecięcej (4) lub byli w trakcie jej odbywania (4);

⁵⁵ Stanowiący załącznik nr 1 do zarządzenia Dyrektora Szpitala nr 41/2021 z dnia 19 listopada 2021 r.

⁵⁶ Aneks nr 15 do umowy Nr 08R/10065/04/PSY/2022 z 28 czerwca 2022 r.

⁵⁷ Kod świadczenia 04.4701.001.02.

⁵⁸ W ww. okresie zatrudnionych było łącznie siedmiu lekarzy. W 2021 r. jeden lekarz odszedł w listopadzie i na jego miejsce zatrudniono nowego lekarza.

- dziewięć pielęgniarek (w ww. okresie zatrudnionych było łącznie 11 pielęgniarek⁵⁹);
- dwóch specjalistów pielęgniarzy i jeden sanitariusz szpitalny (w całym ww. okresie);
- dwóch psychologów do grudnia 2021 r., pięciu w marcu 2022 r. i w grudniu 2022 r. oraz w marcu 2023 r. po czterech psychologów,
- czterech psychoterapeutów w każdym ww. okresie, dwóch terapeutów zajęciowych do marca 2022 r., a od w grudnia 2022 r. trzech;
- jeden psycholog kliniczny i jeden fizjoterapeuta (w całym ww. okresie).

W WSS zatrudnionych było czterech pracowników socjalnych, z których jeden obsługiwał Oddział.

(akta kontroli str.4-137, 142-152, 174-184, 217-238, 498)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że (...) *obsada personelu średniego i psychologów jest wystarczająca, natomiast mamy głęboki deficyt lekarzy specjalistów trwający od wielu lat. Niekorzystne rozwiązania systemowe rezydentury, atrakcyjna praca w wielu podmiotach ambulatoryjnych powoduje, że praca w szpitalu nie jest atrakcyjna dla lekarza specjalisty.*

(akta kontroli str. 481-482)

Stan zatrudnienia (w etatach) personelu medycznego w Oddziale w miesiącach marzec i grudzień każdego roku objętego kontrolą⁶⁰ spełniał wymagania określone w załączniku nr 1 lp. 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych . I tak:

- liczba etatów lekarzy udzielających świadczeń w Oddziale we wskazanych ww. okresach wynosiła odpowiednio: 2,05 etatu (marzec 2020 r., grudzień 2020 r. i marzec 2021 r.), 4,01 etatu (grudzień 2021 r., marzec 2022 r., grudzień 2022 r.) i 4,71 etatu (marzec 2023 r.);
- liczba etatów pielęgniarek wynosiła odpowiednio: 9 etatów⁶¹ oraz 2 etaty – specjalista pielęgniarz i 1 etat – sanitariusz szpitalny;
- liczba etatów psychoterapeutów w ww. okresie wyniosła 1,4;
- liczba etatów psychologów wynosiła odpowiednio: 1,2 (marzec i grudzień 2020 r. i 2021 r.) i 3,99 (marzec 2022 r.) oraz 3,19 (grudzień 2022 r. i marzec 2023 r.);
- liczba etatów osób prowadzących terapię zajęciową w przeliczeniu na etaty wynosiła odpowiednio: 0,15 (marzec, grudzień 2020 r., 2021 r. oraz marzec 2022 r.) oraz 0,17 (grudzień 2022 r. i marzec 2023 r.);
- liczba etatów psychologa klinicznego wyniosła 0,06, a fizjoterapeuty 0,01 etatu.

W badanym okresie w Oddziale zapewniona została całodobowa opieka lekarska i pielęgniarska. Od godziny 15:00 w dni robocze oraz całodobowo w niedzielę i święta opiekę nad pacjentami Oddziału przejmował lekarz psychiatra dyżurujący w Izbie Przyjęć Szpitala i lekarze Oddziałów Psychiatrii dla dorosłych.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w każdym przypadku wątpliwości, lekarze dyżurni mają możliwość konsultacji z Ordynatorem Oddziału Psychiatrii Dzieci i Młodzieży we wszystkie dni tygodnia.

(akta kontroli str. 498, 489-528, 482)

Dane dotyczące potencjału wykonawczego Szpitala za lata 2020-2022, w tym dotyczące zatrudnionych w Oddziale lekarzy i specjalistów, wykazywane były w sprawozdaniach podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie psychiatrycznej opieki stacjonarnej (MZ-30) przekazywanych do Ministerstwa Zdrowia.

(akta kontroli str. 142-152, 174-184, 207-216)

⁵⁹ W 2022 r. dwie pielęgniarki odeszły w marcu i w ich miejsce dwie zostały zatrudnione.

⁶⁰ W latach 2020-2022 i marcu 2023 r..

⁶¹ W 2022 r. dwie pielęgniarki zatrudnione w wymiarze po jednym etacie odeszły z pracy i w tym samym roku zatrudniono do Oddziału dwie nowe pielęgniarki w wymiarze po jednym etacie.

W sprawie zasad postępowania z pacjentami Oddziału, u których występują choroby somatyczne, Dyrektor wyjaśnił, że *Jeśli do Oddziału trafia dziecko ze współistniejącymi chorobami somatycznymi, jest w trakcie leczenia, pobiera leki - to jest kontynuowane leczenie. Jeśli w trakcie pobytu nastąpi zaostrzenie schorzeń somatycznych, to Szpital ma podpisane umowy na konsultacje specjalistyczne w pełnym zakresie z Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym, Szpitalem Wojewódzkim, Szpitalem Ginekologicznym oraz Opolskim Centrum Onkologii i wówczas dziecko kierowane jest na konsultacje do odpowiedniego specjalisty. Jeśli schorzenia somatyczne są dominujące, wówczas następuje przekazanie dziecka do odpowiedniego oddziału. Pacjent jest transportowany naszym transportem medycznym.*

(akta kontroli str. 480)

W okresie objętym kontrolą Szpital zawarł dwie umowy podwykonawstwa, których przedmiotem były konsultacje specjalistyczne⁶². W ww. umowach przewidziano, że realizacja świadczeń odbywać będzie się na terenie szpitali, w których udzielane będzie świadczenie, a transport pacjentów na konsultację zapewnia Zamawiający.

(akta kontroli str. 485-491, 492-497)

Dyrektor Szpitala w sprawie konsultacji medycznych dla pacjentów Oddziału, wyjaśnił, że *Na terenie naszego Szpitala funkcjonuje Oddział Neurologii dla Dzieci i Młodzieży w którym zatrudniamy lekarzy z podwójnymi specjalizacjami, tj.: specjalistów w dziedzinie pediatrii oraz specjalistów w dziedzinie neurologii dziecięcej. W przypadku tych konsultacji odbywają się one na terenie naszego Szpitala. W pozostałych przypadkach pacjenci przewożeni są do innych placówek.*

(akta kontroli str. 480-481)

W okresie objętym kontrolą określone w Szpitalu normy zatrudnienia pielęgniarek na Oddziale były zgodne z warunkami umowy zawartej z OOW NFZ. Liczba etatów w latach 2020-2023 w odniesieniu do zatrudnionych pielęgniarek wynosiła dziewięć, tj. po 0,5 etatu etatów na jedno łóżko pacjenta (18 łóżek), specjalistów pielęgniarzy - dwa, a sanitariuszy szpitalnych - jeden.

(akta kontroli str. 481, 498)

Na podstawie badania harmonogramów czasu pracy pielęgniarek na Oddziale, w jednym tygodniu grudnia 2022 r.⁶³ i jednym tygodniu marca 2023 r.⁶⁴ ustalono, że na dyżurach dziennych i nocnych oraz w soboty i niedziele pracowały po dwie pielęgniarki. W wybranym tygodniu grudnia personel lekarski zatrudniony w Oddziale pracował według następującego harmonogramu: dyżur dzienny pełniło trzech lekarzy psychiatrów⁶⁵, a dyżur nocny pełnił lekarz z Izby Przyjęć psychiatrycznej i lekarze psychiatrzy Oddziałów Psychiatrii dla dorosłych. W wybranym tygodniu marca w poniedziałek dyżur pełniło trzech lekarzy psychiatrów, a od wtorku do piątku czterech lekarzy psychiatrów. Ponadto w marcu jeden lekarz pełnił dyżur 24 godzinny w sobotę do siódmej rano w niedzielę, a pozostałe dyżury nocne pełnił lekarz z Izby Przyjęć psychiatrycznej i lekarze psychiatrzy Oddziałów Psychiatrii dla dorosłych⁶⁶.

Dyrektor Szpitala, w sprawie ustalania harmonogramów pracy personelu w Oddziale wyjaśnił, że *Harmonogram czasu pracy dyżurującego personelu pielęgniarskiego*

⁶² Umowa nr 54/2023 zawarta 20 grudnia 2022 r. z Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym oraz umowa nr DK-I-711-36/2022 zawarta 20 grudnia 2022 r. ze Szpitalem Wojewódzkim Spółka z o.o.

⁶³ Od 5 do 11 grudnia 2022 r.

⁶⁴ Od 6 do 12 marca 2023 r.

⁶⁵ Jeden lekarz przebywał w tym czasie na delegacji.

⁶⁶ W Regulaminie organizacyjnym Szpitala wskazano, że: w skład Izby Przyjęć wchodzi Izba Przyjęć psychiatryczna (§8, pkt. II), praca w Izbie Przyjęć trwa przez całą dobę, a zmiany odbywają się ściśle według ustalonego rozkładu zajęć w (§8, pkt VI), do zadań oddziału psychiatrii dla dzieci i młodzieży m.in. pełnienie dyżurów w Izbie Przyjęć (§14 pkt. 23).

przewiduje dwuosobową obsadę nocną i minimum dwuosobową obsadę w trakcie dnia. Indywidualne harmonogramy czasu pracy wynikają z normy czasu pracy obowiązującej w danym miesiącu. Lekarze specjaliści zatrudnieni w Oddziale Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży pracują w podstawowym czasie pracy i zapewniają opiekę w dni powszednie w godzinach od 7:00 do 15:00. W dni wolne od pracy oraz niedzielę i święta opiekę nad oddziałem przejmują lekarze dyżurni psychiatrii dla dorosłych.

(akta kontroli str. 252, 260-261, 481, 519-522, 523-528, 923-926)

W sprawie kryteriów ustalana liczby personelu Oddziału (m.in. liczby lekarzy, pielęgniarek, psychologów, psychoterapeutów) Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że liczba personelu ustalana jest zgodnie z normami zatrudnienia wynikającymi z rozporządzenia (...) w sprawie świadczeń gwarantowanych. W razie potrzeby obsada pielęgniarska na Oddziale jest zwiększana. W opinii Dyrektora Szpitala Przewidywana obsada personelu średniego i psychologów jest wystarczająca, natomiast mamy głęboki deficyt lekarzy specjalistów trwający od wielu lat. Niekorzystne rozwiązania systemowe – rezydentury, atrakcyjna praca w wielu podmiotach ambulatoryjnych powoduje, że praca w szpitalu nie jest atrakcyjna dla lekarza specjalisty.

(akta kontroli str. 481-482)

*Ze względu na utrzymującą się dużą liczbę pacjentów wymagających leczenia stacjonarnego, pacjenci przyjmowani byli na dodatkowe łóżka umieszczone w korytarzu Oddziału, tj. ponad stan 18 łóżek, do którego dostosowany był Oddział⁶⁷. Ustalenia te opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.*

Szpital od 2021 r. miał zapewnione finansowanie udzielanych świadczeń dla dzieci i młodzieży ponad limit określony w umowach z OOW NFZ ze środków Funduszu Medycznego⁶⁸.

(akta kontroli str. 809, 860, 861, 903-922)

W okresie objętym kontrolą pracę w Oddziale wspomagał pracownik socjalny. Do zakresu zadań tego pracownika⁶⁹ należało podejmowanie działań na wnioski lekarza i/lub psychologa polegających m.in. na informowaniu rejonowych pracowników socjalnych Ośrodków Pomocy Społecznej o konieczności podjęcia interwencji socjalnej w rodzinach pacjentów, u których zaobserwowano niepokojące objawy mogące świadczyć o zaniedbaniu wychowawczym bądź socjalnym, a także możliwości stosowania przemocy wobec nieletniego pacjenta, jak też na współpracy z Sądem Rodzinnym w zakresie zapewnienia opieki pacjentom, którzy wymagają umieszczenia w placówce opiekuńczo-wychowawczej, bądź innym ośrodku opieki. W przypadku pacjenta objętego wsparciem społecznym pracownik socjalny zbierał informacje o funkcjonowaniu pacjenta w miejscu zamieszkania.

(akta kontroli str. 482, 927-928)

2.3. W Szpitalu nie wystąpiły kolejki pacjentów oczekujących na przyjęcie do Oddziału, w związku z czym nie był prowadzony rejestr osób małoletnich oczekujących na planową hospitalizację psychiatryczną. W okresie objętym kontrolą informacje sprawozdawcze, tzw. raporty list oczekujących (w przypadku Szpitala były to raporty zerowe), były przekazywane do OOW NFZ w cyklach tygodniowych, wg stanu na piątek poprzedzający dany cykl rozliczeniowy. Informacje⁷⁰ o liczbie oczekujących jednostka kontrolowana przekazywała również w odniesieniu do każdego zakończonego

⁶⁷ Nie stwierdzono, aby łóżka na Oddziale były wyłączone z eksploatacji.

⁶⁸ Aneks rozliczający Nr 38 z 9 lutego 2022 r. do umowy NR 08R/10065/04/PSY/2021, Aneks rozliczający Nr 34 z 25 stycznia 2023 r. do umowy NR 08R/10065/04/PSY/2022, Aneks Nr 13 z 28 czerwca 2023 r. do umowy NR 08R/10065/04/PSY/2023.

⁶⁹ Karta stanowiska pracy z 1 sierpnia 2011 r.

⁷⁰ Zerowa liczba osób oczekujących w obu kolumnach raportu: *przypadki pilne* oraz *przypadki stabilne*.

miesiąca⁷¹ (nie później niż do 10 dni od zakończenia miesiąca), co odpowiadało wymogom wynikającym z przepisów art. 20 i art. 23 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁷².

(akta kontroli str. 897)

Dyrektor Szpitala w sprawie list oczekujących pacjentów do przyjęcia na Oddział wyjaśnił, że *Do oddziału stacjonarnego przyjęcia odbywają się na podstawie badania oraz decyzji lekarza psychiatry Izby Przyjęć szpitala i nie jest wymagane skierowanie. W sytuacji zagrożenia życia pacjent przyjmowany jest do Oddziału. Nie zaistniały sytuacje przekazania, czy odmowy przyjęcia pacjenta w stanie zagrożenia życia, dlatego bardzo często zdarza się konieczność hospitalizacji nawet 25 pacjentów w 18 łóżkowym Oddziale. Nie prowadzimy rejestru oczekujących, ponieważ prowadzenie takiego rejestru byłoby ewidencją pacjentów, która niczemu nie służy. Przypadki „pilne” przyjmowane są niezwłocznie. Przypadki wymagające hospitalizacji umawiane są na przyjęcie w ciągu kilku dni. Przypadki nie wymagające interwencji psychiatry nie są przyjmowane do oddziału. Zapisywanie dziecka na hospitalizację za kilka miesięcy z punktu widzenia terapeutycznego nie ma sensu. Rejestr oczekujących pacjentów nie leczy, ani nie pomaga pacjentom.*

(akta kontroli str. 482-483)

W Szpitalu, z wykorzystaniem systemu teleinformatycznego, prowadzony był *Rejestr osób przyjętych do szpitala psychiatrycznego*⁷³ wspólny dla wszystkich komórek organizacyjnych tej jednostki. Obejmował on m.in. dane identyfikujące pacjenta, podstawę prawną przyjęcia⁷⁴, numer pacjenta w księdze głównej oraz datę i dane osoby dokonującej wpisu (tj.: lekarza przyjmującego danego pacjenta w Izbie Przyjęć).

W rejestrach elektronicznych Szpitala prowadzono również tzw. *Księgę odmów i porad* (stanowiącą zbiorczą dokumentację medyczną prowadzoną przez lekarzy dyżurujących w Izbie Przyjęć). W ww. księdze, w okresie objętym kontrolą odnotowywano następującą liczbę przypadków odmowy przyjęcia do Oddziału: w 2020 r. zarejestrowano 199 odmów, w 2021 r. - 207, w 2022 r. - 289, a w I kwartale 2023 r. - 147. Głównym powodem odmowy przyjęcia pacjenta do Oddziału był brak wskazań pacjenta do hospitalizacji lub brak zgody rodzica/opiekuna prawnego pacjenta na przyjęcie do Oddziału. Brak wskazań do hospitalizacji oznaczał brak stanu zagrażającego życiu lub zdrowiu małoletniego lub innych osób.

Na podstawie badania 10 kart odmowy przyjęcia pacjentów do Oddziału⁷⁵, stwierdzono m.in., że w każdej z nich zawarto informację o powodach odmowy przyjęcia do Oddziału, zamieszczono opis badania oraz zalecono dalsze leczenie. W badanej próbie, jako powód odmowy po przeprowadzonym wywiadzie i badaniu lekarskim podano: brak wskazań medycznych do hospitalizacji w siedmiu przypadkach oraz brak zgody pacjenta na leczenie w Oddziale w trzech przypadkach. Poza systemem teleinformatycznym prowadzony był rejestr pacjentów małoletnich przyjętych do Oddziału bez zgody małoletniego pacjenta lub opiekuna prawnego⁷⁶.

(akta kontroli str. 483, 900-903, 937-959)

⁷¹ Tzw. statystyki kolejki oczekujących.

⁷² Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.

⁷³ Dalej: Rejestr Przyjęć.

⁷⁴ Np. zapis „art. 23 – bez zgody” lub zapis „art. 24 – bez zgody”.

⁷⁵ Karty odmów wybrane losowo z miesięcy styczeń-marzec 2023 r.: KS ODM. 122/2023, KS ODM. 514/2023, KS ODM. 870/2023, KS ODM.454/2023, KS ODM. 5292/2023, KS ODM. 532/2023, KS ODM. 597/2023, KS ODM. 680/2023, KS ODM. 932/2023, KS ODM. 1425/2023.

⁷⁶ Ewidencjonowanie w formie Rejestru przyjęć „bez zgody” należało do obowiązków sekretarki medycznej i było zapisane w procedurze pn. *Przyjęcie pacjenta do Oddziału psychiatrii/psychiatrii dla dzieci i młodzieży.*

W okresie objętym kontrolą na Oddział przyjęto łącznie 956 pacjentów (w tym 210 pacjentów było wielokrotnie hospitalizowanych), w przedziale wiekowym od 6 do 18 lat. Najliczniejszą grupę pacjentów stanowili małe dzieci w wieku od 10 do 15 lat (614 pacjentów) oraz w wieku od 16 do 18 lat (279 pacjentów). Pacjentów w wieku od 6 do 9 lat przyjęto 63. W dniu zgłoszenia (w trybie nagłym) przyjęto 951 pacjentów (476 pacjentów było mieszkańcami innego powiatu, niż ten w którym zlokalizowany jest Szpital, a 50 - innych województw, głównie ościennych, tj. śląskiego i dolnośląskiego, a także dwóch z województwa wielkopolskiego). Liczba pacjentów w poszczególnych latach objętych kontrolą (2020-2023 pierwszy kwartał) w odniesieniu do czasu trwania hospitalizacji wynosiła odpowiednio: do 14 dnia - 144, 138, 204 i 138; od 15 dni do jednego miesiąca - 104, 141, 149 i 141; od miesiąca do dwóch miesięcy - 23, 45, 42, 45; od dwóch do trzech miesięcy - 4, 3, 4, 3; od trzech do sześciu miesięcy - 1, 2, 2, 2. Jeden pacjent w 2020 r. był hospitalizowany powyżej sześciu miesięcy.

(akta kontroli str. 325-329)

W sprawie długotrwałych hospitalizacji Ordynator Oddziału wyjaśniła, że *Czas hospitalizacji jest zależny od rozpoznania i mieści się w limitach zaleconych przez NFZ. Pacjenci długotrwale leżący są to pacjenci zazwyczaj z rozpoznaniem zaburzeń psychotycznych lub zaburzeń odżywiania, które wymagają długiego leczenia. Zdarza się również, że dziecko ma niejasną sytuację rodzinną lub opiekuńczą i czas zorganizowania opieki zastępczej musi spędzić w naszym oddziale.*

(akta kontroli str. 936)

W latach 2020-2023 (I kwartał) u 956 przyjętych do Oddziału pacjentów najczęściej diagnozowano następujące schorzenia⁷⁷: zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie (F93) - 316 pacjentów; upośledzenie umysłowe (F70-F79) - 137 pacjentów; mieszane zaburzenia zachowania i emocji (F92) - 125 pacjentów; zaburzenia zachowania (F91) - 124 pacjentów; zaburzenia hiperkinetyczne (nadpobudliwości) - 98 pacjentów; zaburzenia depresyjne, afektywne dwubiegunowe (F30-F39) - 97 pacjentów.

(akta kontroli str. 331-347)

Liczba zdarzeń niepożądanych, tj.: przypadków samowolnego oddalenia się z Oddziału, urazów, samookaleczeń, z podziałem na poszczególne lata objęte kontrolą wynosiła łącznie 16. Trzy zdarzenia niepożądane wystąpiły w 2020 r. (nieodpowiednie zachowanie – 1 zdarzenie, zachowanie autoagresywne/bójka - 1, połknięcie przedmiotu - 1); sześć zdarzeń w 2021 r. (upadek pacjenta - 1, samowolne oddalenie się - 3, samookaleczenie - 1, uraz palca środkowego - 1), sześć zdarzeń w 2022 r. (zachowanie autoagresywne/bójka - 1, samowolne oddalenie się - 1; samookaleczenie - 1; upadek - 1; umyślnie zażycie leków nasennych - 1; kontuzja dłoni - 1) i jedno zdarzenie niepożądane w I kwartale 2023 r. (samookaleczenie).

(akta kontroli str. 960)

W sprawie przypadków kontaktowania się szkół pacjentów przebywających w Oddziale z zespołem prowadzącym pacjenta w celu zaplanowania dalszego oddziaływania na ucznia po wyjściu ze Szpitala, Dyrektor wyjaśnił, że *Kontakt ze strony Szkół jest sporadyczny, przeważnie zalecenia szczególne, dotyczące pacjenta określone zostają w zaświadczeniu, które rodzic lub opiekun prawny może dostarczyć szkole.*

(akta kontroli str. 484)

⁷⁷ Według klasyfikacji rozpoznań ICD10.

W okresie objętym kontrolą pracownik socjalny Szpitala dwukrotnie informował służbę pomocy społecznej (Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej i Zespół Interdyscyplinarny w Gminie) o konieczności udzielenia pomocy nieletniemu pacjentowi opuszczającemu Oddział.

(akta kontroli str. 529-531)

W sprawie problemów z wypisywaniem dzieci i młodzieży ze Szpitala, które nie muszą już być leczone w Szpitalu, ale ze względu na ich trudną sytuację socjalną nie mogą być wypisane oraz liczby pacjentów, których dotyczyła taka sytuacja, Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *Sytuacje, kiedy z uwagi na trudną sytuację socjalną pacjenta nie ma możliwości wypisania z Oddziału w chwili obecnej zdarzają się rzadko. Czas oczekiwania na umieszczenie w placówce opiekuńczej uległ znacznemu skróceniu. Dokumentacja z korespondencji z Sądami Rejonowymi znajduje się w historii choroby pacjenta.*

(akta kontroli str. 484)

Analiza wybranej do badania dokumentacji medycznej dotyczącej 10 pacjentów przyjętych do Oddziału wykazała, że dokumentacja ta pozwala na prześledzenie procesu diagnostycznego i terapeutycznego pacjentów podczas hospitalizacji. Pacjenci w dniu zgłoszenia do Szpitala, zgodnie z art. 22, ust. 1 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁷⁸, zostali poddani badaniu przez lekarza, ustalone było wstępne rozpoznanie, a po weryfikacji zleconych badań i obserwacji pacjenta weryfikowano wstępną hipotezę diagnostyczną. Dokumenty znajdujące się w poszczególnych *historiach choroby* pacjenta zgromadzone zostały w sposób chronologiczny, a zamieszczone w nich dane obejmowały m.in. wywiad lekarski, informacje o zleceniach lekarskich, wyniki obserwacji stanu zdrowia pacjenta (przebieg leczenia) oraz wpisy w karcie indywidualnej opieki pielęgniarskiej. Numerowanie stron dokumentów wygenerowanych w systemie AMMS (np. Księgi raportów pielęgniarskich) odbywało się automatycznie. Poszczególne strony *Historii choroby* w wersji papierowej były numerowane przed przekazaniem do komórki organizacyjnej *Statystyka i Ruch Chorych*. Badanie ww. dokumentacji medycznej wykazało też, że wszyscy pacjenci, zgodnie z zaleceniami wynikającymi z planu leczenia, brali udział w terapiach (zrealizowano łącznie 34 procedur, które dotyczyły m.in. treningu behawioralnego, terapii zajęciowej oraz testów psychologicznych). Wraz z przyjęciem pacjenta do Oddziału ustalany był wstępny plan diagnostyczno-terapeutyczny⁷⁹. Dokument ten zawierał m.in.: ogólne dane dotyczące: a/ zleconych badań, b/ proponowanych zajęć terapeutycznych, c/ zakresu koniecznej współpracy psychologa, terapeuty ds. uzależnień oraz pomocy pracownika socjalnego. Dokumentacja rehabilitacyjna i terapeutyczna pacjenta, która powinna obligatoryjnie zostać włączona do indywidualnej dokumentacji medycznej, stosownie do wymogów wynikających z § 7 ust 1 i ust. 2 rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacyjnych, ograniczała się do sporządzenia Karty zajęć terapeutycznych, bez utworzenia indywidualnego planu rehabilitacji pacjenta, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 695-804, 865, 893)

Zajęcia terapeutyczne dla pacjentów Oddziału prowadzone były pięć razy w tygodniu w wymiarze od dwóch do pięciu godzin dziennie, w tym co najmniej dwa razy w tygodniu w godzinach popołudniowych oraz w dni wolne od pracy (zgodnie z § 6 rozporządzenia w sprawie zajęć rehabilitacyjnych). Zajęcia prowadzone były przez psychologów, wykwalifikowanych instruktorów terapii zajęciowej oraz wychowawców, a w ich ramach odbywały się m.in. rehabilitacja ruchowa, zajęcia wychowawcze popołudniowe, zajęcia

⁷⁸ Dz. U. z 2022 r. poz. 2123.

⁷⁹ Ustalenie treści planu dokonywano w zespole złożonym z lekarza prowadzącego, w porozumieniu z Ordynatorem Oddziału, przy udziale psychologa oraz rodzica - w przypadku wrażeńia chęci uczestniczenia w rozmowie.

z muzykoterapii i plastyczne, zajęcia grupowe socjoterapeutyczne, a także inne zajęcia usprawniające adaptację społeczną.

W widocznym miejscu w Oddziale umieszczony został tygodniowy rozkład zajęć terapeutycznych (np. hipoterapia odbywała się w każdy wtorek o godzinie 13:30 w ogrodzie Szpitala, dogoterapia w dni wyznaczone przez terapeutę w sali gimnastycznej Szpitala o godzinie 13:00⁸⁰, a zajęcia z malarstwa odbywały się w każdą środę o godzinie 14:30). Zajęcia wychowawcze organizowane były w godzinach od 9:00 do 12:00 oraz w godzinach popołudniowych od 14:00 do 19:00, a także w soboty i niedziele od 9:00 do 12:00. Zajęcia te prowadzone były przez nauczycieli i wychowawców z Zespołu Szkół Placówek Specjalnych w Opolu. Ponadto, w trakcie roku szkolnego, odbywały się lekcje, od poniedziałku do piątku od 8:30 do 12:00 (z przerwami)⁸¹.

(akta kontroli str. 810, 1020)

Liczba pacjentów uczestniczących w poszczególnych latach objętych kontrolą w psychoterapii, terapii grupowej i terapiach indywidualnych oraz liczba zrealizowanych procedur przedstawiała się następująco:

- w 2020 r. 63 pacjentów / 96 procedur psychoterapii oraz 175 pacjentów / 435 procedur terapii grupowej i indywidualnej;
- w 2021 r. - 69 pacjentów / 86 procedur psychoterapii i 248 pacjentów / 704 procedur terapii grupowej i indywidualnej;
- w 2022 r. - 28 pacjentów / 28 procedur psychoterapii i 173 pacjentów / 372 procedur terapii grupowej i indywidualnej;
- w I kwartale 2023 r. - jeden pacjent i trzy procedury psychoterapii.

Od lipca 2022 r. (tj. rozpoczęcia udzielania świadczeń w ramach III stopnia referencyjności) do 31 marca 2023 r., liczba poszczególnych świadczeń zrealizowanych w Oddziale w poszczególnych miesiącach wynosiła odpowiednio: a/ 29, 34, 33, 41, 34, 23, 42, 36, 42 i 27 - kliniczno-psychiatryczna ocena stanu psychicznego, b/ 180, 273, 392, 386, 501, 156, 461, 429, 416, 194 - leczenie lekami psychiatrycznymi – inne, c/ 381, 305, 370, 405, 310, 190, 469, 244, 301, 183 - leczenie neuroleptykami, d/ 7, 16, 22, 27, 17, 13, 25, 24, 31, 16 - nakłucie żyły - inne, e/ 208, 197, 281, 282, 277, 136, 307, 228, 385, 200 - rutynowa wizyta psychiatryczna, f/ 548, 434, 464, 605, 489, 271, 664, 448, 653, 394 - terapia zajęciowa, g/ 6, 8, 10, 12, 15, 7, 7, 9, 10, 6 - test pamięci wzrokowej Bentona, h/ 8, 8, 11, 14, 20, 8, 12, 12, 20, 14 - test Stanforda Bineta, oraz 7 - test Wechslera, 60 - terapia grupowa, 1 – badanie/test psychologiczny, 409 - trening Behawioralny, 14 - terapia indywidualna, 10 - psychoterapia w formie zabaw, 1 - terapia rodzin, 31 - inne poradnictwo, 1 - hipnoza.

W okresie od 1 lipca 2022 r. do 31 marca 2023 r. rozliczona została następująca liczba świadczeń: 6 - świadczenia psychiatrii dla dzieci i młodzieży w ramach III poziomu referencyjnego – pobyt ponad standard czasu, 519 - świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży – III poziom referencyjny, 139 - konsylium świadczeniobiorcy III poziomu referencyjnego z II poziomem referencyjnym, 513 - konsylium świadczeniobiorcy na III poziomie referencyjnym oraz 1 konsultacja lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii lub chorób wewnętrznych.

(akta kontroli str. 410, 413)

W trakcie hospitalizacji rodzicom lub opiekunom prawnym małoletnich pacjentów udzielano informacji o kierunku i sposobie leczenia pacjenta. Na tablicy ogłoszeń w Oddziale znajdowała się informacja o zasadach odwiedzin oraz o sposobie uzyskania

⁸⁰ W trakcie kontroli NIK zajęcia odbywały się: 11 i 25 maja br. oraz 15 czerwca br.

⁸¹ Opieka dydaktyczno-wychowawcza została zapewniona na poziomie przedszkola, szkoły podstawowej i średniej.

informacji o stanie zdrowia pacjenta (od poniedziałku do czwartku od godziny 9:00 do 14:00, a w piątek od godziny 10:00 do 14:00).

W analizowanych dokumentacjach medycznych z hospitalizacji pacjentów znajdowały się wpisy dotyczące podejmowania działań wobec rodziców pacjentów, m.in. o treści: konieczna *psychoedukacja matki na temat stosowania konsekwentnych metod wychowawczych, konieczność psychoedukacji rodzica.*

(akta kontroli str. 316, 794, 810)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *Zaburzenia psychiczne i choroba psychiczna u dzieci i młodzieży to nie jest zjawisko dające się wyleczyć podaniem tabletki, zastrzyku, czy jedną rozmową. Leczenie i pomoc w tych sytuacjach wymaga dużej dyscypliny ze strony rodziców lub opiekunów. Duże zainteresowanie, duża aktywność i dyscyplina jest w początkowym okresie choroby dziecka, a kiedy przychodzi obowiązek zorganizowania czasu tak, aby uczestniczyć w długim okresie w systematycznych spotkaniach, to zapal ten gaśnie. Stąd niskie zainteresowanie terapią rodzinną. Terapia rodzinna polega na spotkaniach cyklicznych 6-12 spotkań i trwa pół roku. Często zaburzenia zachowania dziecka wynikają z sytuacji rodzinnej, konfliktu w rodzinie, itp. Trudno znaleźć stronę która jest zainteresowana długoterminowym leczeniem. Nadal również ma znaczenie obawa o stygmatyzację społeczną, pomimo powszechnej edukacji społeczeństwa.*

(akta kontroli str. 896, 929)

W 10 dokumentacjach medycznych objętych badaniem stwierdzono, że w jednym przypadku przyjęcie do Szpitala odbyło się bez zgody pacjenta. Pozostali pacjenci (9) wyrazili zgodę na przyjęcie do Szpitala na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, podpisując dokument, pn. *Zgoda na leczenie psychiatryczne* stanowiący część dokumentacji medycznej. W przypadku jednej odmowy leczenia Szpital przyjął pacjenta bez jego zgody zawiadamiając Sąd Rejonowy w Opolu (art. 24 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego - tzw. obserwacja przymusowa), gdyż pobyt pacjenta w Szpitalu był konieczny z powodu gwałtownego zachowania i deklaracji samobójczych (pacjent w trakcie hospitalizacji wyraził zgodę na leczenie).

(akta kontroli str. 695-804, 755-771)

2.4. W Oddziale (jak i w Poradni) wdrożono zasady diagnostyki i leczenia oraz co opisano w punkcie 1.4. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli str. 415-417)

2.5. W ramach III poziomu referencyjnego, od 1 lipca 2022 r. w Oddziale przeprowadzono: 91 konsyliów w 2022 r. i 66 do 31 marca 2023 r. Nie realizowano sesji koordynacji i superwizji. W myśl zapisów wynikających z załącznika nr 8 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca realizuje konsylia z podmiotami I i II poziomu referencyjnego, w których leczony był pacjent; zapewnia co najmniej raz w miesiącu sesje koordynacji; zapewnia superwizje dla osób udzielających świadczeń. Superwizja powinna być zapewniana co najmniej 12 razy w roku, przy czym w przypadku realizacji tego obowiązku na minimalnym poziomie mogą być nie więcej, jak tylko dwie superwizje w miesiącu. Brak zapewnienia superwizji dla osób udzielających świadczeń, opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości.*

(akta kontroli str. 329, 410)

W odniesieniu do przyczyny braku realizacji w Oddziale sesji koordynacji Dyrektor Szpitala, wyjaśnił, że (...) *Sesja koordynacji jest to nowy produkt kontraktowy, wymagający aktywności rodziców, akceptacji rodziców i zaangażowania innych instytucji. Odbywa się po uzyskaniu zgody rodziców lub opiekunów prawnych świadczeniobiorcy albo pełnoletniego świadczeniobiorcy. Do tej pory nie było sytuacji wymagającej zorganizowania sesji koordynacji. Jest to zadanie przyszłości.*

(akta kontroli str.962)

Ordynator Oddziału Psychiatrii dla dzieci i młodzieży, wyjaśniła, że *w zależności od potrzeb z sesje koordynacji mogą być realizowane na bieżąco ze względu na to, że zarówno lekarze jak i psychologowie zatrudnieni są zarówno w Poradni jak w Oddziale Psychiatrii dla dzieci i młodzieży. Sesje koordynacji z innymi instytucjami mogą być omawiane po uzyskaniu pisemnej zgody rodziców pacjenta na odbycie takiej sesji. Sesję koordynacji organizuje psycholog zajmujących się pacjentem.*

(akta kontroli str. 414)

W okresie objętym kontrolą umożliwiono personelowi Oddziału (lekarzom, psychoterapeutom, terapeutom, pielęgniarkom) sprawującemu opiekę nad pacjentem poszerzanie wiedzy i podnoszenie kompetencji w zakresie opieki nad pacjentem objętym opieką psychiatryczną. W każdym roku opracowano plan szkoleń⁸² o tematyce związanej z pracą w Oddziale, obejmującą m.in. *Zasady stosowania przymusu bezpośredniego w Oddziale, Prawa pacjenta, Nieprzystosowanie społeczne młodzieży, Zasady diety dziecka z ADHD, Bulimia, Samookaleczenia wśród dzieci i młodzieży, Zaburzenia lękowe.* Lekarze psycholodzy/psychoterapeuci i personel pielęgniarski zatrudnieni w Oddziale i Poradni ponosili swoje kwalifikacje uczestnicząc w m.in. w następujących kursach i szkoleniach: *Trener TUS osób z autyzmem i zespołem Aspergera, Trening zastępowania agresji, Certyfikat Trener Funkcji Poznawczych, Komunikacja z pacjentem doświadczonym kryzysem, Leczenie schizofrenii – praktyczne wskazówki okiem Specjalisty, Dialog motywujący.* Wydatki poniesione przez Szpital na szkolenia personelu Oddziału kształtowały się następująco: w 2020 r. - 6 946,50 zł, w 2021 r. - 11 536,11 zł, w 2022 r. - 3 036,37 zł, a w I kwartale 2023 r. - 2 700,00 zł.

(akta kontroli str. 964, 966-970)

W sprawie działań mających na celu doskonalenie zawodowe personelu Oddziału, jak też przeciwdziałaniu wypaleniu zawodowemu Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *Należy zaznaczyć, że lata 2020-2021 to okres pandemii, gdzie ograniczono aktywność szkoleniową. W styczniu br. organizowaliśmy wykłady dla lekarzy psychiatrów, których tematem były: „Bezpieczeństwo i skuteczność leków w depresji”, a także „Interakcje w trakcie leczenia depresji”. Dodatkowo w latach 2017-2020, partycypowaliśmy w kosztach dokształcania psychologa dziecięcego do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty. Psychoterapeuci korzystają również z sesji superwizji, w ramach której psychoterapeuta pracuje z bardziej doświadczonym specjalistą nad wzbogacaniem własnych umiejętności i doświadczenia zawodowego. Nie organizowano szkoleń stricte odnoszących się do wypalenia zawodowego, zorganizowane szkolenie pt. „Daj radę złości” oprócz radzenia sobie z trudnym pacjentem zawierało głównie elementy pracy nad własnym potencjałem i odpornością psychiczną, konstruktywnego radzenia sobie ze złością, zarządzaniem własnym stresem w kryzysie, kształtowaniem zachowań asertywnych, pogłębiania wglądu w siebie i poznawania swoich zasobów, itp. Nie ograniczamy udziału pracowników w szkoleniach różnego typu, w tym nt. wypalenia zawodowego, jeżeli ktoś miałby taki problem.*

(akta kontroli str. 963)

⁸² Jedno szkolenie w miesiącu, za wyjątkiem miesięcy lipiec i sierpień.

2.6. Oględziny Oddziału psychiatrycznego dla dzieci⁸³ potwierdziły spełnienie wymagań odnoszących się do pomieszczeń i urządzeń oddziału psychiatrycznego, wynikających z przepisów rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Drzwi wejściowe do Oddziału zostały zabezpieczone (poprzez zamknięcie ich na klucz) w sposób uniemożliwiający samodzielne opuszczenie przez pacjenta Oddziału. W Oddziale znajdowały się cztery sale łóżkowe, w tym dwie sześciuosobowe, jedna sala czteroosobowa oraz jedna sala pełniąca funkcję izolatki wykorzystywanej do wykonywania przymusu bezpośredniego. Na korytarzu ustawione były cztery dodatkowe łóżka, z których trzy w dniu oględzin były zajęte. Niezależnie od liczby łóżek w pokojach, łóżka pacjentów (o szerokości 90 cm lub 70 cm) dostępne były z trzech stron, w tym z dwóch stron dłuższych, a odstępy między łózkami umożliwiały swobodny dostęp. Szerokość pokoju łóżkowego (wynosząca co najmniej 100 cm) umożliwiała wyprowadzenie łóżka. Obserwacja wszystkich sal wieloosobowych oraz pokoju z dwoma łózkami (tzw. izolatki) mogła być prowadzona przy wykorzystaniu systemu monitoringu. W Oddziale znajdowały się pokój psychologa oraz pomieszczenie (sala) przeznaczone na zajęcia psychoterapeutyczne dla pacjentów. W widocznym miejscu umieszczona została tablica informująca o prawach pacjenta, w tym pacjenta szpitala psychiatrycznego. Na tablicy zamieszczono również informacje o dostępności Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego oraz informacje określone w rozporządzeniu w sprawie ogólnych warunków umów. W dniu oględzin w Oddziale przebywało 22 pacjentów (tj. o czterech więcej, niż liczba łóżek wynikających z rejestru podmiotu). Oględziny Oddziału potwierdziły spełnienie warunków wynikających z umowy zawartej z OOW NFZ, w części dotyczącej wyposażenia i sprzętu. Pielęgniarka Oddziałowa oświadczyła, że przy rozmieszczeniu pacjentów w salach, poza kryterium płci, uwzględniana jest jednostka chorobowa (rozpoznanie wstępne) oraz, że zasadą jest, iż nie umieszcza się w tej samej sali pacjentów o skrajnie różnych zaburzeniach. Pacjentom zapewniono zachowanie prawa do intymności i poszanowania godności w pomieszczeniach sanitarnych (korzystanie z łazienek odrębnych dla dziewcząt i chłopców, odbywało się w obecności pielęgniarek ze względu na bezpieczeństwo małoletnich oraz zminimalizowanie ryzyka zdarzeń niepożądanych, np. spożycia detergentów, samookaleczeń⁸⁴). W pomieszczeniach tych nie zamontowano monitoringu.

Pacjenci przebywający w Oddziale w dniu oględzin uczestniczyli w zajęciach lekcyjnych prowadzonych przez nauczycieli z Zespołu Placówek Specjalnych w Opolu. Zajęcia odbywały się w pomieszczeniach⁸⁵ wspólnych dla dwóch oddziałów dzieci i młodzieży (również dla pacjentów oddziału neurologii) w dwóch grupach wiekowych (dla klas młodszych w sali nr 303 oraz dla pozostałych w sali 313). Sale wyposażone zostały w sprzęt edukacyjny, tj. tablice, komputery, słuchawki, książki, a także zabawki i gry. Ze względów bezpieczeństwa w Oddziale wprowadzono zakaz posiadania sprzętu elektronicznego służącego do porozumiewania się (telefonów, laptopów). Odwiedziny osób uprawnionych mogły odbywać się również poza Oddziałem - taka możliwość (tj. spacer z rodzicem lub upoważnionym dorosłym członkiem rodziny) nie była objęta regulacją wewnętrzną Oddziału. Podpisany przez pacjentów Regulamin wewnętrzny Oddziału nie zawierał zasad udzielania zgody na przebywanie poza terenem Szpitala wraz z rodzicem lub upoważnionym opiekunem. Wyjścia i powroty odnotowywane były w zeszycie wyjść prowadzonym w Oddziale. Pielęgniarka Oddziałowa oświadczyła,

⁸³ W Oddziale w dniu 11 maja 2023 r. przebywało 22 pacjentów.

⁸⁴ Słuchawki i węże od pryszniców ze względów bezpieczeństwa były wykręcone i udostępnione dopiero podczas kąpieli.

⁸⁵ Sala nr 313 złożona była z dwóch pomieszczeń łącznie dla 16 małoletnich pacjentów.

że zgodę na okresowe przebywanie pacjenta poza Oddziałem (na terenie Szpitala) lub poza Szpitalem (np. spacer) wydają lekarze prowadzący pacjenta, po uzgodnieniu z Ordynatorem Oddziału.

Pacjentom zapewniono prawo do porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami z zewnątrz. W tym celu udostępniony został przenośny telefon przeznaczony wyłącznie do użytku pacjentów (nie był wykorzystywany przez personel). Jak oświadczyła Oddziałowa, pacjenci nie byli zmuszeni do prowadzenia rozmów w obecności osób postronnych albo pod nadzorem, a przed dyżurką pielęgniarską wystawione zostało krzesło, z którego pacjenci często korzystali. W Oddziale ustalono godziny, w których pacjent mógł korzystać z telefonu (od godziny 10:00 do 10:30 i od godziny 13:00 do 19:00/20:00), co nie kolidowało z godzinami zajęć lekcyjnych.

Odwiedziny pacjentów mogły odbywać się codziennie w godzinach od 14:00 do 17:00. Odwiedziny odbywały się na salach, w korytarzu Oddziału lub na sali z telewizorem. Pielęgniarka oddziałowa oświadczyła, że nie ograniczano możliwości odwiedzin w stosunku do grupy wiekowej pacjentów, jeżeli tylko stan pacjenta na to pozwalał. Stwierdziła też, że w Oddziale *nie ma tzw. przepustek, chyba że lekarz wpisze i zgłosi pisemnie pielęgniarkę, że z przyczyn rodzinnych dziecko może opuścić Oddział we wskazanych godzinach. Wówczas w zeszycie wyjąć odnotowywana była godzina wyjścia i powrotu z Oddziału oraz dane osoby, która zabrała małego. Pacjent przebywający na Oddziale posiadał odzież zewnętrzną, która była zapakowana do worka, z uwagi na możliwość odbywania przez pacjentów spacerów w ogrodzie Szpitala. Przeszukaniu podlegały tylko torby, które zostawiał rodzic, rzeczy na przebranie. W Oddziale pacjent nie mógł mieć własnego telefonu komórkowego, kabli lub komputerów. W sytuacji wniesienia na teren Oddziału przez pacjentów lub inne osoby rzeczy zabronionych, były one oddawane rodzicom/opiekunom. Dopuszczano również pobyt przedstawiciela ustawowego w Oddziale - zdarzało się tak, że dziecko z rozpoznaniem autyzmu czy z upośledzeniem umysłowym lub innym schorzeniem potrzebowało obecności rodzica w Oddziale.*

Nie stwierdzono ograniczania możliwości poruszania się pacjentów po Oddziale. Ustalono też, że w Oddziale znajdowały się wszystkie niezbędne pomieszczenia do udzielania świadczeń określone w załączniku nr 1 pkt VIII do rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (m.in.: pomieszczenia służące do przeprowadzania sesji psychoterapii (4), rozmów z psychologami (4), odwiedzin, zajęć lekcyjnych (3)), a ich wymiary i wyposażenie pozwalały na udział wszystkich pacjentów jednorazowo, np. w spożywaniu posiłków, lekcjach. Oprócz ww. pomieszczeń na korytarzu był telewizor, fotele i pufy, a korytarz był monitorowany. Oddział wyposażony został również w narzędzia do wykonywania testów psychologicznych oraz pomoce terapeutyczne (gry, zabawki, piłki sensoryczne, koce obciążeniowe). Dysponowano również pasami magnetycznymi, które umożliwiały zapięcie dziecka w izolatce - pomieszczeniu do wyciszenia.

(akta kontroli str. 315, 319, 805-861, 971-1019)

W sprawie wydawania zgód na okresowe wyjście pacjenta z Oddziału, Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *W związku ze stanem epidemii oraz stanem zagrożenia epidemicznego w okresie od marca 2020 do chwili obecnej przepustki zostały zawieszane. Jediną możliwością opuszczenia oddziału/Szpitala są spacer pod opieką rodzica lub prawnego opiekuna. W tygodniu spacer może trwać do 2 godzin, w weekendy czas spaceru wydłużony jest do 5 godzin. Spacer odbywa się na wniosek rodzica lub opiekuna prawnego i odnotowywany jest w zeszycie wyjąć „spacery” gdzie odnotowywana jest godzina wyjścia i powrotu pacjenta do Oddziału. Zgód na przepustki, a obecnie spacer poza teren Szpitala nie wydaje się pacjentom uzależnionym od alkoholu czy środków*

psychoaktywnych oraz z zagrożeniem samobójstwem i w trakcie ostrych zaburzeń psychotycznych. Do marca 2020, tj. do czasu ogłoszenia pandemii były możliwe przepustki weekendowe 48 godzinne. Zgodna wydawana była jako „karta przepustkowa” z zaleceniami lekowymi. Rodzicom lub opiekunom prawnym wydawane były leki na czas pobytu pacjenta poza Szpitalem. „Karta przepustkowa” podpisywana była przez lekarza a fakt udzielenia przepustki odnotowywany był w historii choroby pacjenta.

(akta kontroli str. 532-533)

W latach 2020-2022 i w I kwartale 2023 r. wskaźnik zajęcia łóżek⁸⁶ w Oddziale wynosił odpowiednio: 15,38; 21,93; 22,27 i 7,22. Średnie wykorzystanie łóżka w tym okresie wynosiło odpowiednio: 67,49%, 92,57%, 107,26% i 120,55% Liczba pacjentów hospitalizowanych w Oddziale oraz tzw. osobodni sukcesywnie rosła i wynosiła odpowiednio: 277, 329, 401 i 130 pacjentów i 4446, 6082, 7047 i 1953 osobodni.

(akta kontroli str. 330)

2.6. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywała procedura stosowania przymusu bezpośredniego⁸⁷, w której określono m.in. rodzaje środków przymusu bezpośredniego (przytrzymanie, przymusowe zastosowanie leków, unieruchomienie i izolacja), odpowiedzialność osób wskazanych w ww. procedurze, sposób postępowania przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego i w jego trakcie, opis czynności personelu medycznego, a także wzory dokumentów z czynności zastosowania przymusu bezpośredniego. Treść ww. procedury odpowiadała zapisom ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi⁸⁸. Fakt zapoznania się z ww. *Procedurą* lekarze, pielęgniarki i pozostałe osoby personelu medycznego Oddziału potwierdziły podpisem. Rejestr przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego prowadzony był w Oddziale za każdy miesiąc odrębnie i po zakończeniu miesiąca przedkładany był do autoryzacji Ordynatorowi Oddziału (załącznik nr 3 do procedury pn. *Stosowanie przymusu bezpośredniego*). W ww. rejestrze zamieszczane były następujące dane: a/ data zastosowania przymusu, b/ imię i nazwisko pacjenta, c/ Nr Księgi Głównej, d/ data rozpoczęcia przymusu, e/ data zakończenia przymusu, f/ nazwisko (osoby) lekarza zlecającego.

Na podstawie wybranych do badania 11 kart przymusu bezpośredniego stwierdzono, że: we wszystkich przypadkach zastosowano unieruchomienie w postaci pasów magnetycznych, a przyczynami jego zastosowania były: agresja czynna w stosunku do personelu i/lub współpacjentów, niszczenie sprzętu Szpitala lub autoagresja.

Pacjentów, wobec których zastosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, umieszczano w pomieszczeniu jednoosobowym (art. 18d ust. 1), tj. izolatce - sali obok dyżurki z przeszklonym oknem, wyposażonej w kamery monitoringu⁸⁹. Podstawa i uzasadnienie zastosowania przymusu bezpośredniego we wszystkich zbadanych przypadkach wynikały z art. 18 ust. 1 pkt 1a oraz ust. 1 pkt 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W każdym z badanych 11 przypadków zostały sporządzone *Karty zastosowania przymusu bezpośredniego*, w których stwierdzono braki, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. We wszystkich ww. kartach w części *Obserwacje*, znajdowały się wpisy z obserwacji pacjenta (odnotowywane co 15 minut przez pielęgniarkę) oraz wpisy z badań przeprowadzanych przez lekarza, przedłużającego stosowanie przymusu bezpośredniego w postaci

⁸⁶ Wskaźnikiem jest stosunek liczby pacjentów leczonych w danym okresie do liczby łóżek wykazanej w rejestrze Szpitala.

⁸⁷ P-MED Stosowanie Przymusu Bezpośredniego z 18 lutego 2019 r.

⁸⁸ Dz. U. z 2018 r. poz. 2459 ze zm.

⁸⁹ Nie stwierdzono przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego równocześnie w tym samym czasie u dwóch pacjentów.

unieruchomienia (pierwsze przedłużenia zastosowanego przymusu wobec pacjenta następowało w ciągu czterech godzin od jego zastosowania, a kolejne dokonywane były po upływie maksymalnie sześciu godzin każdy). Powyższe wynikało z wymogu określonego w art. 18a ust. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Zastosowanie środka przymusu bezpośredniego było odnotowywane również w zbiorczej dokumentacji medycznej, tj. w raportach z dyżuru pielęgniarskiego oraz rejestrze przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego. Kopię *Karty zastosowania unieruchomienia* wraz z kopią *Zawiadomienia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego* kierowano w terminie trzech dni do Zastępcy Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa, w celu oceny zasadności wykonywania przymusu bezpośredniego.

Ogłędziny zapisów z monitoringu wybranych pięciu przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia (w przypadkach, w których zastosowanie przymusu bezpośredniego miało miejsce przed upływem 12 miesięcy od dnia badania, tj. 4 lipca br.) wykazało, że w trzech przypadkach brak było zapisów z monitoringu zastosowania przymusów w postaci unieruchomienia z dni: 3 sierpnia 2022 r. (ks. 4878/2022), 5 października 2022 r. (ks. 6421/2022), 11 grudnia 2022 r. (ks. 7840/2022), a w dwóch przypadkach zapis z monitoringu zastosowania przymusów bezpośrednich z dni: 25 lipca 2022 r. (ks. 4694/2022) i 22 maja 2023 r. (ks. 3332/2023), trwał odpowiednio sześć i siedem minut i dotyczył wyłącznie zarejestrowania samego unieruchomienia pacjenta. Zapis z monitoringu nie obejmował czasu całego unieruchomienia, do momentu jego zakończenia.

(akta kontroli str. 427-477, 613-694, 864-868, 869-870, 871-880, 881)

Dyrektor Szpitala, w sprawie monitorowania zastosowania przymusów bezpośrednich wyjaśnił, że *Obowiązek monitorowania stosowania przymusu bezpośredniego dotyczy wyłącznie przymusu bezpośredniego w formie izolacji – art. 18e. W naszym szpitalu nie jest stosowana ta forma przymusu. Stosujemy wyłącznie pozostałe formy przymusu. Stosujemy monitorowanie rozpoczęcia stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia w celu uchronienia się przed ewentualnymi skargami pacjentów i ich rodzin o przekroczenie granic niezbędnego przymusu. Zapisy obejmują pierwszych kilka minut i są przechowywane do 3 miesięcy. System monitorowania działa w cyklu 3 miesięcznym po którym następuje „nadpisanie” kolejnego zapisu, stąd nie mamy dostępu do 3 unieruchomień.*

(akta kontroli str. 883-884)

W trakcie kontroli NIK (20 czerwca br.) zwrócono się do Rzecznika Praw Pacjenta o przekazanie informacji o liczbie i przedmiocie skarg złożonych w związku z funkcjonowaniem Oddziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży w Szpitalu oraz o wyniku ich rozpatrzenia. W udzielonej odpowiedzi Rzecznik poinformował, że w 2021 r. przekazał do Szpitala jedną skargę. W rejestrze skarg Szpitala, w okresie objętym kontrolą odnotowano dwie skargi dotyczące leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży. Ww. skarga złożona w 2021 r. za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta dotyczyła zachowania pielęgniarza Oddziału, a skarga złożona w 2022 r. - odmowy przyjęcia 14 letniej pacjentki. Obie skargi uznane zostały jako niezasadne. W pierwszym przypadku wszczęte zostało postępowanie wyjaśniające, a w drugim - z uwagi na wykryte ognisko Covid-19 - ustalono termin konsultacji pacjentki w innym Szpitalu.

(akta kontroli str. 319-324, 534-541, 567-568)

2.7. W okresie objętym kontrolą Szpital uzyskał środki finansowe na działalność związaną z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w Oddziale w łącznej kwocie 9 723,6 tys. zł, z tego:

- 9 198,4 tys. zł (1 572,6 tys. zł w 2020 r., 2 160,4 tys. zł w 2021 r., 1 295,1 tys. zł i 2 672 tys. zł w 2022 r. oraz 1 498,3 tys. zł w I kwartale 2023 r.) z tytułu realizacji umowy zawartej z OOW NFZ⁹⁰;
- 185,2 tys. zł (7,6 tys. zł w 2021 r., 101,3 tys. zł w 2022 r. i 76, 3 tys. zł w I kwartale 2023 r.), z tytułu refundacji wynagrodzenia lekarzy rezydentów ze środków Ministra Zdrowia;
- 340 tys. zł, z tytułu realizacji umowy nr DOI/PSYCHIATRIA/COVID-19/13/354/766 w 2021 r. dotyczącej wsparcia inwestycji dla oddziałów psychiatrii dziecięcej w związku z pandemią Covid-19 (ze środków pozostających w dyspozycji Ministra Zdrowia).

Koszty działalności Oddziału w okresie objętym kontrolą były większe od uzyskanych przychodów (9 723,6 tys. zł) i wynosiły łącznie 10 387,9 tys. zł (2 513 tys. zł w 2020 r., 2 971,5 tys. zł w 2021 r., 3 724,8 tys. zł w 2022 r. i 1 178,6 tys. zł w I kwartale 2023 r.). Największy wzrost kosztów odnotowano w kosztach związanych: z wynagrodzeniem (odpowiednio w ww. latach: 1 662,8 tys. zł, 2 047,9 tys. zł, 2 659, 7 tys. zł i 84,2 tys. zł⁹¹); ze zużyciem materiałów i energii (odpowiednio: 195,4 tys. zł, 172,1 tys. zł, 192,9 zł i 16,1 tys. zł⁹²) oraz usługami obcymi (141,9 tys. zł, 213,3 tys. zł, 200,5 tys. zł i 3,6 tys. zł⁹³). Średni koszt osobodnia wynosił w latach 2020-2022 odpowiednio: 565,2 zł, 488,6 zł, 528,6 zł, a w I kwartale 2023 r. - 603,5 zł).

(akta kontroli str. 543, 544, 965)

Dyrektor Szpitala, w sprawie wpływu podniesienia przez NFZ stawki rozliczeniowej za udzielone świadczenie na koszty funkcjonowania Oddziału, wyjaśnił, że *Do czerwca 2022 stawki rozliczeniowe były od lat bardzo niskie i nie pozwalały na bilansowanie kosztów działalności. Od lipca 2022 stawki rozliczeniowe wzrosły, ale nadal nie pokrywają kosztów funkcjonowania oddziału. Oddział nie przynosi straty, ale wynika to z tzw. „nadwykoniań” (...).*

(akta kontroli str. 964)

W 2022 r. kwota świadczeń wykonanych ponad limit wynikający z umowy z OOW NFZ wynosiła 975,1 tys. zł (tj. 28% ponad plan), a w I kwartale 2023 r. 229,1 tys. zł (tj. 18,05% ponad plan).

(akta kontroli str. 965, 903-922)

W latach 2020-2023 (I kwartał) na Szpital nie nałożono kar umownych związanych z nieprawidłową realizacją umowy zawartej z OOW NFZ o udzielanie świadczeń zdrowotnych stacjonarnych w zakresie opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.

(akta kontroli str. 543, 544, 965)

Dyrektor Szpitala, w sprawie wystąpienia ewentualnych ograniczeń dotyczących realizacji świadczeń spowodowanych brakiem wystarczających środków finansowych wyjaśnił, że *poziom finansowania psychiatrii dziecięcej nie wpływał na zakres udzielnych świadczeń. Świadczenia udzielane były w pełnym możliwym zakresie.*

(akta kontroli str. 542)

⁹⁰ Wartość umowy zawartej z OOW-NFZ, w poszczególnych latach objętych kontrolą (bez środków otrzymanych za świadczenia wykonane ponad limit z Funduszu Medycznego) wyniosła kolejno: 1 942,8 tys. zł (w 2020 r. i w 2021 r.), 1 170,7 tys. zł i 1 821,3 tys. zł w 2022 r. oraz 1 269,2 tys. zł w 2023 r.

⁹¹ W I kwartale 2022 r. koszty te wynosiły 81,9 tys. zł.

⁹² W I kwartale 2022 r. koszty te wynosiły 1,9 tys. zł.

⁹³ W I kwartale 2022 r. koszty te wynosiły 3,4 tys. zł.

W latach objętych kontrolą wystąpiły trzy przypadki hospitalizacji młodzieży w Oddziale psychiatrii dla dorosłych. W dwóch przypadkach (w 2022 r.) byli to pacjenci, którzy ukończyli 17 lat⁹⁴ (22 dni i dwa dni hospitalizacji), a w jednym przypadku (w 2020 r.) w związku z trwającą pandemią i koniecznością wykonania testu na obecność Covid-19, pacjent oczekiwał na wynik testu w izolatorium znajdującym się na Oddziale psychiatrycznym dla osób dorosłych (jeden osobodzień). Pacjentce, która przebywała w Oddziale psychiatrycznym dla dorosłych (22 dni), zapewniono dostęp do zajęć edukacyjnych.

Udzielone świadczenia rozliczono w ramach stawek osobodnia dla osób dorosłych wynikających z następujących umów: 08R/10065/04/2020 i 08R/10065/04/2022 (osobodzień w oddziale psychiatrycznym dla dorosłych) i 08R/10065/18/04/PPZ/2022 (osobodzień w oddziale psychiatrycznym w ramach Centrum Zdrowia Psychicznego dla dorosłych miasta Opola).

(akta kontroli str. 545)

2.8. Dyrektor Szpitala, w sprawie problemów w funkcjonowaniu stacjonarnej opieki psychiatrycznej realizowanej przez WSS wyjaśnił, że (...) *nastąpiło trwałe zwiększenie zapotrzebowania na leczenie stacjonarne dzieci i młodzieży. W 18-to łóżkowym oddziale leczonych bywa nawet 25 pacjentów. W 2021 roku podjąłem również decyzję o konieczności budowy nowego obiektu przeznaczonego dla psychiatrii dziecięcej obejmującego: oddział stacjonarny z ilością 25 łóżek, Oddział dzienny, zespół leczenia środowiskowego, poradnię, szkołę dla leczonych w oddziale pacjentów i ogród. Opracowano koncepcję rozbudowy, która została zaakceptowana przez Radę Społeczną Szpitala, a następnie Zarząd Województwa. Uzyskaliśmy wstępną deklarację Zarządu o częściowym sfinansowaniu inwestycji. Mieliśmy również deklarację Ministerstwa Zdrowia o częściowym finansowaniu inwestycji, uzyskaliśmy również pozytywną ocenę inwestycji „IOWISZ”. Pomimo uznania inwestycji za celową złożony przez nas wniosek w ramach programu wieloletniego realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia pn.: „Program wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022-2023” otrzymaliśmy informację zwrotną, że nasz wniosek „nie uzyskał rekomendacji do dofinansowania” – bez podania kryteriów oceny i bez podania przyczyn braku rekomendacji. Aktualnie opracowywana jest dokumentacja techniczna i jeszcze w tym roku inwestycja zostanie rozpoczęta, natomiast finansowanie musi się opierać na prowizorium, ponieważ Ministerstwo Zdrowia nie ma koncepcji jak poprawić infrastrukturę w psychiatrii dziecięcej pomimo funkcjonującego Funduszu Medycznego. Wydaje się, że ustalenie potrzeb dla 16-tu ośrodków psychiatrycznych dla dzieci nie jest wyczynem nadzwyczajnym wymagającym niezwykłego geniuszu intelektualnego. Bez poprawnych warunków lokalowych nie da się realizować założonych programów terapii i kompleksowej opieki nad dziećmi i młodzieżą. W ostatnich 30 latach w naszym województwie nie powstał żaden nowy szpital, buduje się stadiony, parki wodne, biurowce, przystanki autobusowe, a o zdrowiu nikt nie myśli.*

(akta kontroli str. 379-380)

W okresie objętym kontrolą w Oddziale przeprowadzone zostały, przez sędziego Sądu Rejonowego w Opolu, dwie kontrole. W sprawozdaniach z tych kontroli (z 21 października 2021 r. i z 18 października 2022 r.) opisane zostały nieprawidłowości w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej zastosowania przymusu bezpośredniego oraz braku orzeczeń sądu w przedmiocie przyjęcia na leczenie pacjenta

⁹⁴ Pacjentka w dniu przyjęcia miała ukończone 17 lat i 10 miesięcy, przyjęta do Oddziału dla dorosłych na własną prośbę (w dniu przyjęcia pacjentki, na Oddziale przebywało już 23 dzieci). Pacjent w momencie przyjęcia miał ukończone 17 lat i 6 miesięcy. Ze względu na konieczność hospitalizacji, pacjent wyraził zgodę na przyjęcie do Oddziału psychiatrycznego dla osób dorosłych (w dniu przyjęcia pacjenta, na Oddziale przebywało już 24 dzieci).

bez jego zgody. W obu sprawozdaniach zawarto zapisy, zgodnie z którymi kontrole nie wykazały nieprawidłowości w działalności Oddziału mogące stanowić podstawę do przyjęcia, że naruszono prawa osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w tym Oddziale. W dokumentach tych nie zostały sformułowane zalecenia, z uwagi na zobowiązanie kontrolowanego do uzupełnienia brakującej dokumentacji. Zwrócona została natomiast uwaga na złe warunki lokalowe, odstające od warunków w oddziałach psychiatrii dla dorosłych.

(akta kontroli str. 400-409)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

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

Przy przyjęciu pacjenta do Oddziału ustalano ogólny, krótki wstępny plan diagnostyczno-terapeutyczny⁹⁵. Ww. plan zawierał ogólne dane dotyczące m.in.: zleconych badań, proponowanych zajęć terapeutycznych, zakresu koniecznej współpracy psychologa, terapeuty ds. uzależnień oraz pomocy pracownika socjalnego. Dokumentacja rehabilitacyjna i terapeutyczna pacjenta, która powinna obligatoryjnie zostać włączona do indywidualnej dokumentacji medycznej stosownie do § 7 ust 1 i 2 ww. rozporządzenia, ograniczała się do Karty zajęć terapeutycznych. Z dokumentacji indywidualnej pacjenta nie wynikało, jak przebiegała faktyczna realizacja planu diagnostyczno-terapeutycznego, w szczególności brakowało opisu zmian czy korekt ustalonego wstępnie planu, co stało w sprzeczności z wymogiem dokumentowania zrealizowanych oddziaływań rehabilitacyjnych.

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

Ordynator Oddziału wyjaśniła, że *brak wpisywania programów rehabilitacyjnych w niektórych historiach choroby wynika z nadmiaru obowiązków i dużej ilości pacjentów. Duża ilość czasu pracy, jest bezpośrednio poświęcona pacjentowi, konsultacjom z rodzicami, reszta czasu jest poświęca na tę część dokumentacji medycznej, która jest niezbędna i zdarza się, że część mniej istotnej dokumentacji może być pominięta. Wykonywane są też wszystkie zlecone badanie co jest opisane w przebiegu historii choroby.*

(akta kontroli str.889,894)

2. W dniu oględzin⁹⁶ cztery łóżka pacjentów, z których trzy były zajęte, znajdowały się na korytarzu Oddziału⁹⁷. Powyższe stanowiło naruszenie § 15 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, zgodnie z którym zespoły pomieszczeń stanowiących oddziały łóżkowe szpitala nie mogą być przechodnie (korytarz nie spełniał tego kryterium). Stan ten naruszał także prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności pacjenta, wynikające z art. 20 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

(akta kontroli: 302-305, 330, 805-861, 809, 860)

⁹⁵ W zespole złożonym z lekarza prowadzącego, w porozumieniu z Ordynatorem Oddziału, przy udziale psychologa, w ramach możliwości (jeśli rodzic zgłaszał się na rozmowę) z rodzicem lub opiekunem prawnym.

⁹⁶ 11 maja 2023 r.

⁹⁷ W Oddziale hospitalizowano 22 pacjentów, pomimo że wg rejestru podmiotów leczniczych Szpital obejmował 18 łóżek.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że Opisana sytuacja hospitalizacji pacjentów na korytarzu oddziału wynika z następujących przyczyn: Prawdopodobnie zastosowane restrykcje w okresie pandemii Covid-19 i sposób funkcjonowania społeczeństwa, oświaty i innych instytucji spowodowały zjawisko zwiększonych zachorowań na choroby psychiczne wśród dzieci i młodzieży. Warunki lokalowe oddziału i Szpitala (ciasnota) oraz kadrowe nie pozwalają na zwiększenie powierzchni oddziału w formie przebudowy, adaptacji czy modernizacji. Gdzie odesłać dziecko wymagające bezwzględnej hospitalizacji ze względu na stan zdrowia psychicznego, przy braku miejsc w oddziale psychiatrycznym i w sytuacji, że jesteśmy jedynym oddziałem psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży w województwie. Mniejszą szkodą jest naruszenie praw pacjenta do poszanowania intymności z powodu hospitalizacji na korytarzu, niż zagrożenie jego życia. Według oficjalnych komunikatów jako kraj przodujemy w liczbie samobójstw wśród dzieci i młodzieży. Czy w przypadku odmowy przyjęcia dziecka które wymaga hospitalizacji i popełni samobójstwo wpis w RDWPL będzie dostatecznym argumentem chroniącym przed odpowiedzialnością, czy jest to niktę to usprawiedliwienie odmowy przyjęcia do szpitala? Przy okazji trzeba wspomnieć o decyzji Pana Zbigniewa Ziobry – Ministra Sprawiedliwości, który przeforsował zmianę Kodeksu Karnego z 19.06.2020 roku - art. 155 i 156 §2 - dotyczących przestępstw nieumyślnych, w tym błędów lekarskich, również w zakresie chorób psychicznych. Podjęte działania: Opisana powyżej sytuacja zmusiła mnie do podjęcia starań o uzyskanie środków na budowę ośrodka „Centrum Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży” posiadającego w swojej strukturze pomieszczenia na wszystkie rodzaje form opieki nad dziećmi i młodzieżą – leczenie stacjonarne, oddział dzienny, ZLS oraz poradnie ambulatoryjne psychiatryczne i psychologiczne. Uzyskałem zgodę Zarządu Województwa, pozytywną opinię o celowości inwestycji IOWISZ, zlecono sporządzenie koncepcji a następnie dokumentacji projektowo – technicznej. W 2022 roku Minister Zdrowia ogłosił nabór wniosków na wsparcie psychiatrii, złożyliśmy odpowiedni wniosek. Uzyskaliśmy odpowiedź „wniosek nie uzyskał rekomendacji”. Nie opublikowano listy beneficjentów, ani nie uzyskaliśmy informacji w jakim zakresie nie spełniamy oczekiwań Ministra Zdrowia. Dokumentacja projektowo – techniczna jest ukończona, przygotowujemy przetarg w celu wyłonienia wykonawcy i niezwłocznie zostaną podjęte roboty. Zarząd województwa na ten rok przeznaczył na ten cel 10 milionów złotych.

(akta kontroli str. 889, 890-891)

Ordynator Oddziału wyjaśniła, że pacjenci przyjmowani do oddziału psychiatrycznego na łóżka dostawkowe na korytarz wymagają pilnego przyjęcia ze względu na zagrożenie życia/próby samobójcze, myśli samobójcze. Oddział jest za mały jak na ostatek potrzeby, tj. czas po pandemii. W planie jest budowa nowego większego oddziału ale problemem może być niedostatek kadry, gdyż młodzi rozpoczynający specjalizację lekarze nie chcą pracować w oddziałach psychiatrycznych.

(akta kontroli str.889,894)

NIK, nie kwestionując obowiązku i konieczności udzielenia pomocy lekarskiej pacjentowi, w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzielaniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia, jak też konieczności przyjęcia do Oddziału każdego pacjenta w stanie zagrożenia życia wskazuje jednak, że rozwiązanie polegające na dostawieniu łóżek w korytarzu, nie spełnia ww. wymagań i nie może być rozwiązaniem docelowym.

3. Dokumentacja obejmująca 11 Kart stosowania przymusu bezpośredniego nie była prowadzona rzetelnie. W kartach tych stwierdzone zostały braki dotyczące: informacji o zatwierdzeniu przymusu bezpośredniego⁹⁸; osoby zlecającej przymus⁹⁹; wskazania jaki sposób zabezpieczenia był zastosowany i oceniany¹⁰⁰; wskazania łącznego czasu stosowania przymusu¹⁰¹; daty i godziny zakończenia stosowania przymusu¹⁰²; opisu przebiegu stosowania przymusu oraz danych osoby, która zastosowała przymus¹⁰³; oceny zasadności zastosowania przymusu¹⁰⁴; oznaczenia podmiotu przeprowadzającego ocenę zasadności zastosowanego przymusu bezpośredniego¹⁰⁵; daty, godziny i danych osoby przekazującej dokumentację¹⁰⁶. Ponadto w dwóch przypadkach błędnie wyliczono łączny czas stosowania przymusu¹⁰⁷.

(akta kontroli str. 617-694, 866-868)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *po uzupełnieniu i poprawie wskazanych błędów dokumentacja ma walory rzetelności. Informuję, że z chwilą pozyskania lekarzy do pracy w Oddziale i Poradniach będziemy się starać prowadzić wszelką dokumentację w sposób rzetelny i prawidłowy.*

Ordynator Oddziału wyjaśniła natomiast, że *błędy, które się zdarzają w kartach pasowań wynikają z nadmiernego przeciążenia obowiązkami lekarzy, małą ilością lekarzy psychiatrów i zbyt dużą ilością pacjentów, którzy byli przyjęci w ostatnim czasie. W sytuacji kiedy lekarz zleca komuś przymus bezpośredni nie ma konieczności potwierdzania go przez innego lekarza. Karty pasowania były kontrolowane przez sędziego wizytującego i sędzia nie miał do tego zastrzeżeń.*

(akta kontroli str. 864, 889, 892, 894)

W odniesieniu do ww. wyjaśnień w sprawie braku zastrzeżeń sędziego kontrolującego karty przymusu bezpośredniego NIK zwraca uwagę, że w opisanych powyżej dwóch sprawozdaniach, w pkt 2 b/ *badanie prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej stosowania przymusu bezpośredniego oraz stosowania świadczeń zdrowotnych stanowiących podwyższone ryzyko dla osób z zaburzeniami psychicznymi* zamieszczono zapisy wskazujące m.in., że w objętej badaniem karcie przymusu brakowało daty i godziny zakończenia przymusu bezpośredniego oraz łącznego czasu stosowania przymusu¹⁰⁸, brak było także oceny zastosowania przymusu¹⁰⁹. W związku z tym Ordynator Oddziału zobowiązała się do uzupełnienia tej dokumentacji.

W odniesieniu natomiast do wyjaśnień Ordynatora Oddziału: *W sytuacji kiedy lekarz zleca komuś przymus bezpośredni nie ma konieczności potwierdzania go przez innego lekarza*, ustalenia kontroli wykazały, że w przypadku dokumentacji Ks. 6421/2022 – w karcie zastosowania przymusu bezpośredniego w pkt 1 ppkt 3 *Osoba zlecająca zastosowanie przymusu bezpośredniego, w miejscu „imię i nazwisko” oraz „stanowisko”* brak było informacji o osobie zlecającej zastosowanie przymusu bezpośredniego.

(akta kontroli str. 400, 402, 405, 407, 674)

⁹⁸ Ks. 4188/2020, Ks.6421/2022, Ks.4694/2022, Ks. 5554/2020, Ks. 33332/2023, Ks.2277/2021, Ks. 2272/2020.

⁹⁹ Ks.6421/2022,

¹⁰⁰ Ks. 4188/2020

¹⁰¹ Ks.4878/2022, Ks.7840/2022,

¹⁰² Ks. 4878/2022.

¹⁰³ Ks.4878/2022.

¹⁰⁴ Ks.6337/2021.

¹⁰⁵ Ks.7840/2022, Ks. 3332/2023.

¹⁰⁶ Ks.2277/2021.

¹⁰⁷ Ks. 1622/2022, Ks. 3332/2023, Ks.2277/2021.

¹⁰⁸ W sprawozdaniu z 21 października 2021 r. i 18 października 2022 r.

¹⁰⁹ W sprawozdaniu z 21 października 2021r.

4. W. okresie od 1 lipca 2022 r. do dnia 13 lipca 2023 r. w Szpitalu nie zapewniono superwizji dla osób udzielających świadczeń w Oddziale, pomimo obowiązku wynikającego z lp. 5 ust. 3 pkt 9 załącznika nr 8 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, zgodnie z którym świadczeniodawca zapewnia superwizje dla osób udzielających świadczeń, co najmniej 12 razy w roku.

(akta kontroli str. 329, 327)

W sprawie braku organizowania superrewizji dla osób udzielających świadczeń psychoterapii indywidualnej, Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: (...) *Zakończyliśmy współpracę z poprzednim superwizorem, ponieważ po zmianie ustawy zmieniły się wymagania i dotychczasowy superwizor nie spełnia kryteriów, gdyż posiadał on uprawnienia do procesów grupowych, ale nie posiadał uprawnień do prowadzenia psychoterapii grupowej. W ostatnim czasie udało nam się nawiązać kontakt z superwizorem, który spełnia powyższe wymagania i wyraził zgodę na podjęcie współpracy w tym zakresie. Niemniej jednak psychoterapeuci zatrudnieni w Poradni i Oddziale mają własnych superwizorów i korzystają z superwizji indywidualnych. Pracują też w różnych nurtach terapeutycznych.*

(akta kontroli str. 962)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital prawidłowo zorganizował udzielanie świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w trybie stacjonarnym. W latach 2020-2023 (I kwartał) w Szpitalu hospitalizowanych było 959 dzieci i młodzieży. Pacjenci przyjmowani byli w trybie nagłym. Wszyscy pacjenci wymagający leczenia stacjonarnego w Oddziale byli przyjmowani, co powodowało regularne przyjęcia pacjentów ponad ustaloną liczbę łóżek w tym Oddziale. W Szpitalu przymus bezpośredni stosowano wyłącznie w formie unieruchomienia pasami. Stwierdzone w tym zakresie nieprawidłowości polegały na nierzetelnym prowadzeniu dokumentacji kart zastosowania przymusu bezpośredniego, tj. niezgodnie z obowiązującymi, w tym zakresie wzorami i przepisami. Małoletnim zapewniono udział w różnych formach terapii, jednak dla żadnego z pacjentów nie opracowano indywidualnego planu zajęć rehabilitacyjnych, o którym mowa w rozporządzeniu w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych. Nie zapewniono też superwizji dla osób udzielających świadczeń w Oddziale.

IV. Wnioski

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

Wnioski

1. Wzmocnienie nadzoru nad prawidłowością/aktualnością informacji zamieszczanych na stronie internetowej Szpitala.
2. Podjęcie działań organizacyjnych zapewniających prawidłową realizację obowiązków dotyczących indywidualnych planów rehabilitacji pacjentów przyjmowanych do Oddziału.
3. Kontynuowanie działań zmierzających do poprawy warunków lokalowych Oddziału, a w konsekwencji zapewnienia hospitalizowanym pacjentom prawa do poszanowania intymności i godności.
4. Wzmocnienie nadzoru nad prawidłowością sporządzania Kart przymusu bezpośredniego.
5. Zapewnienie w Szpitalu superwizji osobom udzielającym świadczeń.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Opolu. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Opole, 28 lipca 2023 r.

Kontroler
Agnieszka Roszczak-Fedorowicz
główny specjalista kontroli
państwowej


podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Opolu
Dyrektor


Dyrektor
Delegatura NIK w Opolu
podpis
Iwona Zyman