



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Poznaniu

P/12/122
LPO-4101-05-02/2012

Poznań, dnia 6 lipca 2012 r.

Pan
ppłk Jacek Wiśniewski
Dyrektor
Aresztu Śledczego
w Poznaniu

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 roku o Najwyższej Izbie Kontroli¹, zwanej dalej „ustawą o NIK”, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu skontrolowała Areszt Śledczy w Poznaniu w zakresie sprawowania opieki medycznej wobec osób pozbawionych wolności w latach 2010 – 2012 (I półrocze).

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli podpisanym w dniu 29 czerwca 2012 r., Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 60 ustawy o NIK, przekazuje Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli, pomimo stwierdzenia nieprawidłowości, pozytywnie ocenia działania służące zabezpieczeniu praw osób pozbawionych wolności do opieki medycznej, podejmowane w Areszcie Śledczym w Poznaniu w latach 2010 – 2012 (I półrocze).

Pozytywną ocenę uzasadnia prawidłowa organizacja w Areszcie Śledczym opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności oraz przestrzeganie praw osadzonych do składania skarg i wniosków w zakresie ochrony zdrowia. Stwierdzone nieprawidłowości polegały przede wszystkim na nieefektywnym gospodarowaniu niektórym sprzętem medycznym, braku zapewnienia bezpiecznej pracy z urządzeniami rentgenodiagnostycznymi oraz na nieterminowym poddawaniu osadzonych badaniom wstępnym i okresowym.

1. Organizacja zakładu opieki zdrowotnej Aresztu Śledczego w Poznaniu (Areszt), w skład którego wchodziły szpital, ambulatorium wraz z izbą chorych, poradnie, pracownia radiologiczna, laboratoria analityczne oraz apteka okręgowa, była zgodna z rejestrem, statutem nadanym przez Ministra Sprawiedliwości i regulaminem organizacyjnym.

Dział kwatremistrzowski Aresztu wywiązał się z obowiązków, określonych w art. 62 ust. 1 pkt 1-2 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane², polegających na poddaniu obiektów budowlanych, w których udzielane były świadczenia zdrowotne, okresowym (rocznym i pięcioletnim) kontrolom stanu technicznego. W protokołach z tych kontroli potwierdzony został dobry stan techniczny tych obiektów. Stwierdzono jednak, że do czasu kontroli NIK, z powodu braku środków finansowych, nie wykonano w pełni zaleceń dotyczących naprawy instalacji

¹ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

² Dz. U. z 2010 r. Nr 243, poz. 1623 ze zm.

centralnego ogrzewania, wodnych i wentylacyjnych, a także wymiany niesprawnych dźwigów towarowych, rur spustowych, stolarki okiennej i drzwiowej.

Według stanu na 4 czerwca 2012 r. niektóre pomieszczenia i urządzenia szpitala Aresztu, w tym oddziału psychiatrii sądowej, chorób wewnętrznych i dermatologii nie spełniały wymogów określonych przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej³. Działania dostosowawcze tych pomieszczeń, podjęte przez Pana Dyrektora w latach 2006 – 2009, na podstawie programu, pozytywnie zaopiniowanego przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Poznaniu, nie zapewniły stanu wymaganego, określonego w obowiązujących wówczas przepisach. Na około 200 tys. zł oszacowany został koszt dostosowania tych pomieszczeń do obowiązujących wymagań w kolejnym programie dostosowawczym przesłanym przez Pana Dyrektora w dniu 5 czerwca 2012 r. Państwowemu Wojewódzkiemu Inspektorowi Sanitarnemu w Poznaniu do zatwierdzenia.

Wymogi określone przez Ministra Sprawiedliwości w rozporządzeniu z dnia 1 kwietnia 2003 r.⁴ w zakresie powierzchni oraz wyposażenia, spełniał natomiast lokal apteki zakładowej Aresztu.

2. Pan Dyrektor zapewnił prawidłową organizację służb odpowiedzialnych za gospodarowanie aparaturą i sprzętem medycznym, a także za jego prawidłową eksploatację i konserwację oraz dbałość o jakość wykonywanych badań, określając zadania w tym zakresie i pracowników odpowiedzialnych za ich realizację w zarządzeniach z dnia 30 stycznia 2009 r. oraz 15 marca 2012 r. Szpital dysponował dokumentacją potwierdzającą poddawanie aparatury i sprzętu medycznego, niezbędnym przeglądom technicznym, naprawom i konserwacjom. Działania te zapewniły prawidłową dostępność do tych urządzeń, bez konieczności ich wyłączenia z użytkowania z powodu awarii.

Jedno urządzenie medyczne (respirator stacjonarny) spośród 45 pozostających na wyposażeniu szpitala nie było użytkowane od czasu jego przyjęcia, tj. od 21 grudnia 2006 r. Z wyjaśnień dyrektor szpitala Aresztu wynikało, że spowodowane było to odstąpieniem od planu utworzenia w szpitalu dwóch stanowisk do intensywnej opieki medycznej. Nieprawidłowe było jednak to, że zbędne urządzenie medyczne zgłoszone zostało do rejestru, prowadzonego przez Biuro Służby Zdrowia Centralnego Zarządu Służby Więziennej w Warszawie, w celu przekazania innej jednostce, dopiero w 2011 r. (tj. po upływie pięciu lat od jego otrzymania). W sytuacji szybkiej dekapitalizacji sprzętu medycznego, działanie to, w ocenie NIK, nie było efektywne.

Pracownia rentgenodiagnostyczna Aresztu wraz z aparatem rentgenowskim, posiadały wymagane art. 5 ust 4 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe⁵ zezwolenia na ich uruchomienie i stosowanie. Stan techniczny tej pracowni odpowiadał wymaganiom, określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi⁶.

Szpital nie dysponował natomiast jezdnym aparatem rentgenowskim do wykonywania zdjęć przyłózkowych, wymaganym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych⁷.

Pan Dyrektor, stosownie do postanowień art. 7 ustawy Prawo atomowe, zapewnił wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej w pracowni rentgenodiagnostycznej, sprawowany przez osobę posiadającą uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej. Spełnione zostały także wymogi, określone w §6 ust. 1, §7 i §9 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2008 r., w zakresie zatrudnienia w pracowni rentgenodiagnostycznej lekarza oraz technika radiologii oraz przeprowadzania systematycznych kontroli pomiarów dawek dozymetrycznych.

Dyrektor szpitala Aresztu nie podjęła jednak wszystkich wymaganych działań w celu zapobiegania medycznym wypadkom radiologicznym, określonych w art. 33c ust. 7 ustawy prawo atomowe. W pracowni rentgenodiagnostycznej funkcjonowały co prawda przepisy określające system zarządzania jakością, jednak od czasu jej utworzenia, tj. od 2006 r., nie przeprowadzono w niej obowiązkowych corocznych wewnętrznych audytów klinicznych. Stwierdzono ponadto, że w całym 2010 r. oraz od stycznia do marca 2011 r. w pracowni nie wykonywano podstawowych testów eksploatacyjnych urządzeń radiologicznych. Obowiązek w powyższym

³ Dz. U. Nr 31, poz. 158

⁴ Dz. U. Nr 65, poz. 609

⁵ Dz. U. z 2007 r. Nr 42, poz. 276 ze zm.

⁶ Dz. U. Nr 180, poz. 1325

⁷ Dz. U. Nr 59, poz. 365 ze zm.

zakresie określony został w §9 ust. 1, 14 i 15 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej⁸.

3. W Areszcie w kontrolowanym okresie przestrzegano obowiązku, poddawania osób pozbawionych wolności badaniom wstępnym, okresowym i kontrolnym, przewidzianym w rozporządzeniach Ministra Sprawiedliwości z dnia 31 października 2003 r. w sprawie szczegółowych zasad, zakresu i trybu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności⁹ oraz z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności¹⁰.

Nie zawsze jednak badania te wykonane zostały w terminach określonych w ww. rozporządzeniach. Dotyczyło to badań wstępnych i okresowych wykonanych 19% osadzonych z opóźnieniem wynoszącym od jednego do czterech dni, wstępnych profilaktycznych badań radiologicznych klatki piersiowej wykonanych 8% osadzonych z opóźnieniem wynoszącym od dwóch do 19 dni, wstępnych stomatologicznych badań profilaktycznych wykonanych 6% osadzonych z opóźnieniem wynoszącym od 2 do 19 dni, a także okresowych badań radiologicznych klatki piersiowej wykonanych 36% osadzonych z opóźnieniem wynoszącym od 2 do 51 dni.

Funkcjonujący w Areszcie ośrodek diagnostyczny, powołany przez Ministra Sprawiedliwości zarządzeniem z dnia 20 października 2000 r., spełniał wymagania określone w §1 ust 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 marca 2000 r. w sprawie zasad organizacji i warunków przeprowadzania badań psychologicznych i psychiatrycznych w ośrodkach diagnostycznych¹¹. W kontrolowanym okresie w ośrodku diagnostycznym przebadanych zostało 402 osadzonych, przy czym czas w jakim wykonane zostały badania odpowiadał uregulowaniom w tym zakresie, określonym przez Ministra Sprawiedliwości w §2 rozporządzenia z dnia 14 marca 2000 r.

Osadzonym w Areszcie zapewniony został dostęp zarówno do więziennej służby zdrowia, jak i do świadczeń zdrowotnych udzielanych w pozawięziennej służbie zdrowia. Ustalony przez Pana Dyrektora porządek wewnętrzny oddziałów penitencjarnych gwarantował możliwość skorzystania z porady lekarza ambulatorium wszystkim osadzonym, zgłaszającym taką potrzebę w dniu zgłoszenia lub w dniu następnym. Średni czas oczekiwania osadzonych na poradę specjalistyczną wynosił natomiast w kontrolowanym okresie od jednego do 10 dni.

Stosownie do postanowień art. 28 ustawy z dnia 29 lipca 2005 o przeciwdziałaniu narkomanii¹² Areszt posiadał zezwolenie Dyrektora Generalnej Służby Więziennej na prowadzenie od dnia 1 stycznia 2007 r. leczenia substytucyjnego osób uzależnionych. W Areszcie w kontrolowanym okresie, poza jednym wyjątkiem, przestrzegano obowiązku niezwłocznego informowania Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii o rozpoczęciu i zakończeniu leczenia substytucyjnego 14 osadzonych (w jednym przypadku informację o zakończeniu leczenia przekazano dopiero po 101 dniach).

Za prawidłowość prowadzenia ewidencji rozchodu środka substytucyjnego oraz stanu zapasów tego środka odpowiedzialna była kierownik apteki okręgowej Aresztu. Ustalono, że w kontrolowanym okresie sposób i częstotliwość przeprowadzania kontroli w tym zakresie nie odpowiadał postanowieniom określonym w § 13 ust 4 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne¹³. Kontrole takie przeprowadzane były bez udziału kierownika programu substytucyjnego lub lekarza przez niego wyznaczonego, a także raz w roku, zamiast raz na pół roku. Ustalono ponadto, że jedna pielęgniarka realizująca od lutego 2012 r. zadania w ramach programu leczenia substytucyjnego, spośród pięciu, nie została przeszkolona w tym zakresie, co było niezgodne z postanowieniami §15 ust. 3 tego rozporządzenia.

⁸ Dz. U. Nr 51, poz. 265

⁹ Dz. U. Nr 204, poz. 1985

¹⁰ Dz. U. z 2011 r. Nr 1 poz. 2

¹¹ Dz. U. Nr 29, poz. 369

¹² Dz. U. z 2012 r., poz. 124 ze zm.

¹³ Dz. U. Nr 205, poz. 1493 ze zm.

Stosownie do postanowień art. 14 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi¹⁴, Pan Dyrektor powołał zespół i komitet kontroli zakażeń szpitalnych. W składzie komitetu kontroli zakażeń szpitalnych brak było jednak przewodniczącego i członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, co było niezgodne z postanowieniami art. 15 ww. ustawy.

W podmiotach leczniczych Aresztu obowiązywał program kontroli zakażeń szpitalnych oraz instrukcja postępowania z pacjentami podejrzanymi lub chorymi na gruźlicę, która przewidywała że osoby które miały kontakt z chorym na gruźlicę poddane zostaną badaniu przez lekarza pulmonologa. Nie zawsze jednak postępowanie z pacjentami chorymi na gruźlicę przebiegało zgodnie z tą instrukcją. Stwierdzono, że tylko jeden osadzony, spośród trzech zidentyfikowanych jako osoby, które miały kontakt z chorym na gruźlicę, skierowany został do lekarza pulmonologa, po zbadaniu przez lekarza ambulatorium. Pozostali dwaj osadzeni zostali zbadani jedynie przez lekarza ambulatorium.

4. W Areszcie w kontrolowanym okresie przestrzegano procedur i terminów rozpatrywania skarg osadzonych dotyczących opieki zdrowotnej. Spośród 155 takich skarg tylko dwie uznane zostały za uzasadnione. Wszystkie skargi rozpatrzone zostały w terminie określonym w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów załatwiania wniosków, skarg i próśb osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych¹⁵. Zrealizowane zostały także wnioski wynikające z prowadzonych postępowań wyjaśniających.

Prawidłowe było także postępowanie Pana Dyrektora polegające na występowaniu do sądu penitencjarnego o orzeczenie obciążenia kosztami leczenia osadzonych, którzy dokonali samouszkodzenia. W kontrolowanym okresie dotyczyło to kwoty 12.180,86 zł, którą obciążono ośmiu osadzonych (10 % samouszkodzeń). NIK zwraca jednak uwagę że w jednym przypadku o zwrot kosztów w wysokości 532,54 zł wystąpiono do sądu penitencjarnego dopiero po dwóch latach od samouszkodzenia osadzonego.

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi, Najwyższa Izba Kontroli wnosi o:

- 1) przeprowadzenie wewnętrznego audytu klinicznego w pracowni rentgenodiagnostyki,
- 2) dostosowanie składu komitetu kontroli zakażeń szpitalnych do obowiązujących wymogów,
- 3) zapewnienie prawidłowego sposobu i częstotliwości przeprowadzania kontroli rozchodu środka substytucyjnego oraz stanu jego zapasu,
- 4) przestrzeganie obowiązujących instrukcji przy postępowaniu z pacjentami podejrzanymi lub chorymi na gruźlicę.

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK, oczekuje przedstawienia przez Pana Dyrektora w terminie 14 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków bądź o działaniach podjętych w celu realizacji wniosków lub przyczyn niepodjęcia takich działań.

Zgodnie z treścią art. 61 ust. 1 ustawy o NIK, przysługuje Panu Dyrektorowi prawo zgłoszenia na piśmie, w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, do dyrektora Najwyższej Izby Kontroli Delegatury w Poznaniu, umotywowanych zastrzeżeń w sprawie ocen, uwag i wniosków zawartych w tym wystąpieniu.

W razie zgłoszenia zastrzeżeń, termin nadesłania informacji, o którym mowa wyżej, liczy się zgodnie z art. 62 ust. 2 ustawy o NIK, od dnia otrzymania ostatecznej uchwały właściwej komisji NIK.

¹⁴ Dz. U. Nr 234, poz. 1570 ze zm.

¹⁵ Dz. U. Nr 151, poz. 1467 ze zm.