



RZECZPOSPOLITA POLSKA

Rzecznik Praw Pacjenta

*Krystyna Barbara Kozłowska*

RzPP-ZZP-093-24-1/MO/11

MINISTERSTWO ZDROWIA

Podsekretarz Stanu

Andrzej Włodarczyk

MZ-ZP-P-054-20310-8/MK/11

### Protokół kontroli doraźnej

przeprowadzonej przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta oraz Ministerstwo Zdrowia w dniu 4 i 5 kwietnia 2011 r. w *Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu – Obrzyce*.

#### Podstawy prawne

Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło czynności kontrolne na podstawie art. 65 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej<sup>1</sup>.

Kontrolę przeprowadzili upoważnieni pracownicy Ministerstwa Zdrowia Pani Magdalena Kozłowska, Pani Krystyna Czaplicka – Trojanowska, Pani Ewa Macieszko oraz zgodnie z upoważnieniem Pani Anna Hajduk, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, a także Pan Marek Ignaczak, Dyrektor Krajowego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Garwolinie.

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta przeprowadziło czynności kontrolne na podstawie art. 52 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.). Zgodnie z powołanym wyżej przepisem Rzecznik Praw Pacjenta prowadząc postępowanie wyjaśniające *może zbadać, nawet bez uprzedzenia, każdą sprawę na miejscu*. Dyrekcja *Samodzielnego Publicznego*

<sup>1</sup> tj. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.

X. K.S.

JS

*Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Międzyrzeczu* nie została poinformowana o zamiarze przeprowadzenia przedmiotowej kontroli.

Kontrolę przeprowadzili upoważnieni pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta:

1. Grzegorz Błażewicz – Kierownik Zespołu ds. Zdrowia Psychicznego;
2. Marta Osuch – Pracownik Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

#### Przedmiot kontroli:

W zakresie spełniania przez zakład opieki zdrowotnej wymogów określonych w: ustawie z dnia 30 sierpnia 1990 r. o zakładach opieki zdrowotnej; ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego; rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających. Ponadto:

- stan bezpieczeństwa pacjentów hospitalizowanych w placówce (możliwość ucieczki, etc);
- przestrzeganie praw pacjenta;
- stopień i zakres realizacji procedur medycznych odpowiadających standardom terapeutycznym.

#### Dane placówki (wg rejestru zakładów opieki zdrowotnej):

1. Adres siedziby: ul. Poznańska 109, 66 – 300 Międzyrzecz;
2. Data rejestracji: 26 lutego 1993 r.
3. Imię i nazwisko kierownika zakładu: Tadeusz Grabski;
4. Nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej:
  - Oddział Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Młodzieży.

#### Wyznaczniki:

L.KW.

1. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.);
2. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.);
3. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.);
4. Ustawa z dnia 26 października 1982r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473 z późn. zm.);
5. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485 z późn. zm.);
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowanie, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 79, poz. 692);
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. 179, poz. 1854 z późn. zm.);
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz. U. 1995, Nr 103, poz. 514).

Oraz inne przepisy dotyczące funkcjonowania samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej. W trakcie kontroli ustalono, co następuje:

**Bezpieczeństwo, warunki pobytu oraz analiza dokumentacji medycznej pacjentów hospitalizowanych w zakładzie dysponującym warunkami wzmocnionego zabezpieczenia.**

Rozporządzenie MZ z 20 kwietnia 2005 r. w § 16 określa warunki pobytu pacjentów oddziałów o wzmocnionym zabezpieczeniu pod kątem zapewnienia bezpieczeństwa i warunków leczenia. Wymóg ust. 3a jest realizowany fasadowo, bowiem oddział nie zatrudnia wyspecjalizowanych pracowników ochrony. Obraz z kamer nie jest oglądany na bieżąco ani systematycznie monitorowany.. Nagrania z kamer, dostępne przez okres ok. 2

tygodni, mogą tym samym stanowić jedynie materiał analityczny post factum - nie stanowią narzędzia nadzoru bezpośredniego lub pośredniej podstawy do alarmu i bieżącej interwencji.

Opisany stan rzeczy jest skutkiem rozwiązań organizacyjnych (przyjętych dla oddziału) biorących pod uwagę liczbę zatrudnionych osób i podział ich funkcji. Stąd także wynikają cele korekcyjne oddziału. Poza oczywistą eliminacją objawów chorobowych i zapobieganiu nawrotom, jest to również utrzymanie **minimalnych warunków rozwojowych** dla chłopców, znajdujących się w sytuacji znacznego ograniczenia swobody. Cel ten jest osiągany przede wszystkim przez farmakoterapię oraz ogólnorozwojową pracę zespołu psychologiczno-pedagogicznego z pacjentami. W rezultacie oddział jest nastawiony na sprawowanie detencji bez rozbudowanych działań, zorientowanych na eliminację indywidualnych przejawów obecnego stanu demoralizacji. Ponadto, brak jest działań zmierzających do zmniejszenia zagrożenia społecznego po zakończeniu działań psychokorekcyjnych.

Przy takiej konstrukcji zadań i funkcji oddziału można mieć zastrzeżenia przedmiocie niewykorzystywania istniejącego monitoringu elektronicznego. Przy stosowanym obecnie systemie nadzoru bezpośredniego, bieżący monitoring stanowiłby znaczące uzupełnienie sprawności nadzoru. Nieliczna kadra nie ma możliwości dostrzeżenia wszystkich przejawów zagrożenia. W szczególności intencjonalnej i planowanej agresji między pacjentami, wynikającej choćby z atrakcyjności norm podkulturowych charakterystycznej dla tej zbiorowości. Ruch kadrowy w przeszłości (zwolnienia w grupie sanitariuszy) potwierdza zasadność tego przypuszczenia (tzw. drugie życie rozwija się na styku grupy pacjentów i personelu niższego szczebla).

Obecny stan rzeczy jest zgodny z minimalistyczną koncepcją wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich. Nie jest realizowany wymóg określany w § 16 pkt 5 przywołanego wcześniej rozporządzenia, nakazujący zatrudnienie personelu w liczbie dwukrotnie większej od liczby pacjentów w oddziale. Oznacza to, iż na 35 nieletnich pacjentów powinno być zatrudnionych między 50 a 70 osób - w zależności od tego czy etat będzie określony przez wielkość kontraktu z NFZ, zapis w rozporządzeniu czy stan faktyczny. W dniu kontroli stan zatrudnienia wynosił 33 osoby (wg dostarczonej listy). Dla **wzmocnienia praktycznego poziomu zabezpieczeń** w rzeczonym Oddziale konieczne jest zwiększenie liczby zatrudnienia m.in. o pracowników monitoringu (w tym, o osoby, które na bieżąco śledziłyby obraz z kamer przez całą dobę) oraz wyposażenie dyżurki pielęgniarstwa -

dla dyżurującego w nocy personelu medycznego - w monitor z obrazem z kamer w otoczeniu sypialni chłopców). Ponadto, co niemniej ważne, należy zwiększyć liczbę sanitariuszy. W szczególności, jeśli nadal miałby być im powierzany obowiązek interwencji w innych oddziałach.

Wprowadzenie całodobowego monitoringu wymagałoby min. 4 etatów.

Na Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnym Zabezpieczeniu dla Młodzieży, zgodnie z „Rozkładem pracy pielęgniarek”, zatrudnionych jest 5 pielęgniarek/pielęgniarzy zmianowych oraz pielęgniarka oddziałowa. Pielęgniarki odcinkowe pracują w systemie zmianowym 12 godzinnym, po jednej pielęgniarence na zmianie. Jedna pielęgniarka odcinkowa ma pod opieką 35 pacjentów.

Pełniąca obowiązki pielęgniarki oddziałowej Pani [REDAKTOWANE] pracuje w systemie jednozmianowym - 7 godzin dziennie. Skrócony czas pracy pielęgniarki oddziałowej jest związany z jej niepełnosprawnością.

W związku z opisanym stanem zatrudnienia pielęgniarek/pielęgniarzy na kontrolowanym Oddziale stwierdzono, iż szpital nie przestrzega i nie realizuje rozporządzenia dotyczącego minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Obowiązek ten wynika z przepisów przejściowych wydanych na podstawie art. 10 ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408), w związku z art. 219 ust.3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654).

#### **Kontrola dokumentacji medycznej oraz regulaminów**

Oddział Psychiatrii Sądowej o Wzmocnym Zabezpieczeniu dla Młodzieży jest oddziałem o charakterze leczniczo-wychowawczym, w którym aktualnie przebywa 35 pacjentów. Dostosowany do warunków wzmoczonego zabezpieczenia, z funkcjonującym monitoringiem. Sale pacjentów są 2, 3, 4 osobowe, zlokalizowane po 2 stronach oddziału.

W tym miejscu należy zaznaczyć, iż zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2005 r. w sprawie zasad kierowania, przyjmowania przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 79, poz. 692) Oddział Psychiatrii Sądowej o Wzmocnym Zabezpieczeniu dla Młodzieży w Międzyrzeczu wskazany został jako oddział 30 łóżkowy. Z kolei aktualnie, do Krajowego Rejestru

J. K.

3

Sądowego zgłoszonych jest 25 łóżek (pismo Pana Tadeusza Grabskiego, Dyrektora ww. Szpitala z dnia 5 kwietnia 2011 r., znak: SP SNPCH/V/DNS-081-1/EN/11)

Pacjentami opiekuje się 2 lekarzy psychiatrów, 1 psycholog, 4 terapeutów pedagogów, 6 pielęgniarek i pielęgniarzy, 20 sanitariuszy i sanitariuszek (łącznie 33 osoby) - przy zalecanym zatrudnieniu podwójnej liczby pracowników w stosunku do liczby podopiecznych.

Ponadto, w oddziale znajduje się przeszklona izolatka, wyposażona w węzeł sanitarny, umożliwiającą obserwację pacjenta z gabinetu zabiegowego.

W oddziale znajduje się również sala gimnastyczna, lecz aktualnie nie ma zatrudnionego nauczyciela wychowania fizycznego, zatem zajęć wychowania fizycznego nie ma. Dyrektor Szpitala sygnalizuje trudności w pozyskaniu fachowego pracownika.

Obowiązek szkolny jest realizowany (w formie nauczania indywidualnego). Niemniej jednak, nauka odbywa się w salach chorych.

Historie chorób podopiecznych prowadzone są przez lekarzy prawidłowo, zawierają wymaganą dla młodzieżowego oddziału psychiatrycznego dokumentację oraz systematyczne opisy przebiegu choroby oraz wydawanych opinii i zleceń lekarza.

Leki zlecone przez lekarza pielęgniarka podaje w określonych porach w gabinecie zabiegowym każdemu podopiecznemu indywidualnie, kontrolując ich zażycie.

**Dokumentacja zadań wykonywanych przez pielęgniarki (zlecenia lekarskie, raporty pielęgniarskie, dokumentowanie procesu pielęgnowania, karta przebiegu stosowania przymusu).**

#### Raporty pielęgniarskie:

Kontrolowany raport pielęgniarski (załącznik nr 2) zawiera wyłącznie imiona i nazwiska pacjentów w związku z czym nie spełniał swojej funkcji.

Księga raportów pielęgniarskich, zgodnie z § 25 *rozporządzenia z dnia 21 grudnia 2006r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania*, powinna być opatrzona danymi identyfikującymi zakład, nazwą oddziału albo komórki organizacyjnej i jej kodem identyfikacyjnym.

*Handwritten signature*

Ponadto powinna zawierać:

- 1) krótką statystykę oddziału, w tym liczbę osób przyjętych, wypisanych, zmarłych;
- 2) numer kolejny wpisu;
- 3) datę sporządzenia raportu;
- 4) treść raportu uwzględniającą w szczególności: dane identyfikujące pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
- 5) dane identyfikujące pielęgniarkę lub położną dokonującą wpisu oraz jej podpis.

Raporty pielęgniarskie są podpisywane przez lekarza dyżurnego.

Brak jest podpisów pod raportami pielęgniarskimi pielęgniarki oddziałowej oraz naczelnej pielęgniarki szpitala.

#### Zlecenia lekarskie, podawanie leków przez pielęgniarki/ pielęgniarzy<sup>2</sup>

Leki były podawane na podstawie wpisów do zeszytu, do którego pielęgniarka oddziałowa przepisywała zlecenia lekarskie. Zwyczaj przepisywania zleceń lekarskich na „karteczki” lub jak to miało miejsce w rzeczonym Oddziale do „zeszytu”, budzi poważne wątpliwości. Mogą bowiem być powodem pomyłek, które powielane przez następne osoby zagrażają życiu i zdrowiu pacjenta.

Każdy oddział realizujący świadczenia pielęgniarskie poprzez m.in. realizację zleceń lekarskich w tym podawanie leków drogą doustną powinien przestrzegać następujących zasad:

- zlecenia lekarskie wpisuje lekarz do Indywidualnej Karty Zleceń,
- wyłącznie pielęgniarka przygotowująca leki podaje je pacjentowi, autoryzując każdorazowo podpisem w Indywidualnej Karcie Zleceń,
- osoba autoryzująca zlecenie jest odpowiedzialna za jego wykonanie,
- niedopuszczalne jest przepisywanie zleceń na tzw. karteczki umieszczone na tacy z lekami,

---

<sup>2</sup> Pielęgniarka realizuje świadczenia pielęgniarskie na podstawie: art. 4 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r., o zawodach pielęgniarki i położnej ( Dz. U. Nr 91, poz. 410 z późn. zm.), ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego ( Dz. U. Nr 111, poz. 535) Karty Praw Pacjenta oraz zgodnie z zasadami sztuki pielęgniarskiej zawartej w podręcznikach akademickich.

- na tzw. karteczkach umieszcza się wyłącznie imię i nazwisko pacjenta oraz nr sali na której przebywa,
- przygotowując leki pielęgniarka powinna dochować szczególnej staranności, trzykrotnie sprawdzając zgodność zleceń z podawanym lekiem, jego dawką, częstotliwością podania.

Za organizację pracy pielęgniarek/pielęgniarzy w oddziale jest odpowiedzialna pielęgniarka oddziałowa, natomiast za nieprawidłowe podanie leku - bezpośrednio osoba autoryzująca zlecenie (pielęgniarka podająca leki).

Personel pielęgniarski na oddziale i w izbie przyjęć nie posiada wizytówek identyfikujących .

Karta indywidualnej obserwacji pacjenta nie zawierała notatki z codziennej obserwacji pacjenta. Pielęgniarki opisują stanu pacjenta poprzez skróty „bz” lub „itp.”. ponadto dokumentacja jest prowadzona bardzo niestarannie, wiele jej fragmentów jest nieczytelnych.

Karta przebiegu stosowana przymusu bezpośredniego jest prowadzona nieprawidłowo: brak jest wpisów kontrolujących parametry życiowe osoby unieruchomionej. Zgodnie z przepisem § 13 i 14 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz. U. z 1995 r., nr 103, poz. 514), pielęgniarka dyżurna (pielęgniarka w domu pomocy społecznej) kontroluje stan fizyczny osoby unieruchomionej lub izolowanej nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby. Adnotację o stanie osoby zamieszcza bezzwłocznie w karcie. Ponadto, w czasie rzeczonyj kontroli:

- 1) ocenia prawidłowość unieruchomienia, a w szczególności sprawdza, czy pasy, uchwyty, prześcieradła i kaftan bezpieczeństwa nie są założone zbyt luźno lub zbyt ciasno,
- 2) zapewnia krótkotrwałe uwolnienie pacjenta od unieruchomienia w celu zmiany jego pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej niż co 4 godziny.

W kartach przebiegu stosowana przymusu, brak było ww. adnotacji - zarówno dotyczących chwilowego zwolnienia pacjenta, jak również w zakresie podawanych płynów i posiłków.

Zatrudnienie i szkolenia pielęgniarek i pielęgniarzy

L. W.

f3



Wśród 166 zatrudnionych pielęgniarek i pielęgniarzy: 109 ukończyło Liceum Medyczne, 35 Studium Medyczne, 5 osób posiada licencjat z pielęgniarstwa, 17 osób posiada wykształcenie wyższe magisterskie w tym 8 osób mgr pielęgniarские.

Zgodnie z Regulaminem Porządkowym Szpitala, Naczelną Pielęgniarką Szpitala organizowanie i nadzoruje wewnątrz zakładowe szkolenia dla personelu. Ponadto prowadzi dokumentację w zakresie szkoleń, kursów i specjalizacji wyższego i średniego personelu medycznego. Dokumentacja prowadzonych szkoleń nie budzi zastrzeżeń.

Pani [REDAKTOWANE] pełni obowiązki Naczelną Pielęgniarką Szpitala od 01.01.2008r., natomiast Pani [REDAKTOWANE] pełni obowiązki pielęgniarki oddziałowej oddziału Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Młodzieży od 01.06.2010r.

Obydwie Panie wykonują swoje obowiązki służbowe niezgodnie z obowiązującym prawem (art. 44a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408), w związku z art. 219 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654)).

#### **Realizacja zaplanowanego i zindywidualizowanego postępowania leczniczego i rehabilitacyjnego;**

W dniu wizyty w oddziale hospitalizowano 35 pacjentów. Personel merytoryczny oddziału składał się z lekarza psychiatry pełniącego obowiązki ordynatora, psychologa w trakcie studiów specjalizacyjnych z zakresu terapii behawioralno-poznawczej i 4 młodych asystentów (pedagogów pełniących funkcję terapeutów), wychowawców prowadzących zajęcia z elementami terapii zajęciowej i relaksu muzycznego. Od końca lutego jest vacat na stanowisku instruktora sportu (wcześniej zatrudnionego w wymiarze zaledwie ½ etatu).

Pedagodzy podejmują także - wobec pacjentów - zadania z zakresu pracy socjalnej oraz sprawują formalny i merytoryczny nadzór/opiekę nad ich aktywnością szkolną. Trzy osoby spośród pedagogów sprawują indywidualną opiekę nad pacjentami (po 10 -13 osób). Taki skład personelu umożliwia organizację pracy z pacjentami (indywidualną i grupową) w godzinach przedpołudniowych w dni powszechnie (4 bloki w 4 grupach).

K. K. W.

Brak jest zajęć popołudniowych oraz weekendowych. Pacjenci mają czas wolny, w którym najczęściej oglądają telewizję, ponieważ sale wyposażone np. w sprzęty plastyczne są zamykane.

Obowiązek szkolny jest realizowany w trybie nauczania indywidualnego .

Zespół medyczny składa się z 6 pielęgniarek/rzy nadzorujących pracę 20 sanitariuszy i salowych (w tym 5 opiekunów). Zadaniem sanitariuszy i sanitariuszek jest towarzyszenie pacjentom w realizacji planu dnia i sprawowanie ścisłego nadzoru nad ich zachowaniem (zapewnienie bezpieczeństwa indywidualnego i grupowego). Regulamin wewnętrzny oddziału przewiduje możliwość oddelegowania sanitariuszy do interwencji w innych oddziałach szpitala, co znacznie osłabia sprawność nadzoru nad pacjentami oddziału XIX.

W określeniach używanych przez Dyrektora Szpitala nieprzypadkowo, lecz nieintencjonalnie, chłopców hospitalizowanych na oddziale, określa się jako „podopiecznych”. Mentalnie (nieświadomie) ustawia ich w roli osób wychowywanych czy resocjalizowanych, a nie pacjentów szpitala ze wszystkimi konsekwencjami tego słowa. Potwierdza tę obserwację stosowany w oddziale system punktowy, nawiązujący do funkcjonujących w placówkach wychowawczych „żetonowych” systemów uzyskiwania gratyfikacji oraz dostępu lub utraty przywilejów. W samej konstrukcji „Regulaminu tygodniowej oceny zachowania” istnieje pojęcie wymiany punktów na nagrody (z listy) oraz system konsekwencji (utruty) z powodu zachowań zabronionych. Opisany system nie ma charakteru **indywidualnej techniki korekcji zachowania pacjentów** wynikającej ze zdiagnozowania ich problemów behawioralnych.

Ponadto zastrzeżenia budzą praktyki wykluczające udział chłopców z zajęć grupowych, oraz ubieranie ich w wyróżniające koszulki – jako konsekwencje złego zachowania. Wskazuje to na napiętnowanie oraz izolowanie pacjenta od grupy, tym samym daje przykład i przyzwolenie na aspołeczne zachowania.

Duże wymogi stoją przed zadaniami z kręgu systematycznych i systemowych oddziaływań psychokorekcyjnych. Tu zapotrzebowanie dotyczy m.in.:

- przynajmniej dwóch etatów dla terapeutów;
- co najmniej jednego etatu instruktora sportu (dwa etaty pozwoliłyby zagospodarować planowymi zajęciami z kręgu wychowania fizycznego, wolny dotąd czas pacjentów, także w soboty);

- wydzielonego etatu dla instruktora terapii zajęciowej w celu nadania aktywności kulturalnej pacjentów charakteru planowego.

W zależności od ambicji oddziału terapeutów mogliby nadal pełnić rolę pedagogów - wychowawców lub realizować planowaną terapię behawioralną - wtedy niezbędne byłoby posiadanie wśród personelu przynajmniej jednego certyfikowanego specjalisty CBT. Rozszerzenie zespołu psychologów pozwoliłoby wyjść poza diagnozę i orzecznictwo w stronę systematycznej i planowanej psychoterapii lub (przy braku osób uprawnionych) pomocy i doradztwa psychologicznego. Taki model wymagałby także wydzielenia zadań socjalnych (obsługa bieżących potrzeb socjalnych, kontakty z PCPR-ami, MOS-ami w przypadku pacjentów bez zaplecza socjalnego kończących 18 lat w oddziale) i odebrania ich pedagogom. W zależności od rozwiązań stosowanych w szpitalu mogły to być pracownik oddziału lub zespołu socjalnego szpitala. **Do rozstrzygnięcia pozostaje rozszerzenie obsługi lekarskiej** (urlopy, zwolnienia, szkolenia jednego zatrudnianego lekarza zakłócają ciągłość opieki lekarskiej nad pacjentami).

Wizytujący są świadomi, że dostosowanie zatrudnienia do opisanych wyżej, wynikających z limitu określonego w rozporządzeniu norm pociąga znaczne koszty i tym samym, podlega autonomicznej decyzji kierownictwa Szpitala.

W przeprowadzonych rozmowach z pacjentami oddziału dominowały skargi na:

- brak napojów między posiłkami (chłopcy twierdzą, że piją tylko wodę z kranu),
- zbyt małe porcje jedzenia,
- mało urozmaicone posiłki.

W czasie kontroli sprawdzono przedstawione przez pielęgniarkę oddziałową jadłospisy dla młodzieży za okres 12.03. 2011 r. - 21-03.2011 r. Analiza przedstawionych „dokumentów” upoważnia do następujących uwag:

uwagi ogólne:

- brak podpisu autora prezentowanych jadłospisów,
- brak podpisu osoby akceptującej i nadzorującej żywienie pacjentów, czyli 35 dorastających chłopców;

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

uwagi szczególne:

1. w jadłospisie uwzględnia się 5 posiłków, a de facto dzieci otrzymują najczęściej 3, ponieważ podwieczerek podawany jest o godz. 19,00 razem z kolacją, zatem młodzież od godz. 13.00 do 19.00 pozbawiona jest posiłku; na podwieczerek planowane są np.:
  - a) jajko + masło,
  - b) ser żółty + masło, pasztet + masło;
2. II śniadanie przedstawione w jadłospisie nie spełnia wymogów posiłku, ponieważ jest to tylko kawa z mlekiem;
3. w jadłospisie nie realizuje się wytycznych dotyczących zawartości codziennej dawki warzyw i owoców;
4. w posiłkach stwierdza się zbyt dużą ilość tłuszczów nasyconych;
5. w posiłkach stwierdza się zbyt małą ilość błonnika;
6. w posiłkach stwierdza się zbyt małą ilość płynów;
7. wędlina podawana młodzieży jest z gatunków najniższej jakości (mielonki, mortadela, pasztetowa- to nie jest źródło białka, a tylko tłuszczu i konserwantów);
8. nieprawidłowo opracowana jest dieta cukrzycowa – brak węglowodanów złożonych (kasze, ryż); jest tylko wędlina i masło; podobnie jest zresztą w diecie ogólnej;
9. obiady są tłuste i pozbawione białka ryb;
10. jadłospis jest monotonny (wskazane jest podawanie obiadów w ciągu tygodnia: 3x mięso, 2 x ryby, pozostałe obiady jarskie);
11. w przedstawionych jadłospisach kaloryczność uzupełniana jest masłem;

Przedstawiony w prezentowanym jadłospisie rodzaj żywienia młodzieży, w szczególności w skojarzeniu z przyjmowanymi lekami psychiatrycznymi promuje tworzenie w organizmie zapań, zmian miażdżycowych, a duża ilość tłuszczów nasyconych omega 6 – tendencje do powstawania przewlekłych zmian w funkcjonowaniu przewodu pokarmowego.



### Zalecenia pokontrolne:

Na podstawie podjętych działań kontrolnych Zespół kontrolujący zaleca:

1. Absolutnie konieczna jest w trybie pilnym zmiana żywienia przebywającej w oddziale dorastającej młodzieży.
2. Konieczne jest opracowywanie, bądź akceptowanie jadłospisów przez dietetyka szpitalnego.
3. Konieczne jest prowadzenie systematycznego nadzoru nad żywieniem młodzieży przez upoważnionego przez dyrektora szpitala pracownika.
4. Zatrudnienia przynajmniej dwóch etatów (terapeutów).
5. Zapewnienie co najmniej jednego etatu instruktora sportu (dwa etaty pozwoliłyby zagospodarować planowymi zajęciami z kręgu wychowania fizycznego, wolny dotąd czas pacjentów, także w soboty).
6. Wydzielenie etatu dla instruktora terapii zajęciowej w celu nadania aktywności kulturalnej pacjentów charakteru planowego.
7. Uregulowania wymaga kwestia zatrudnienia personelu pielęgniarskiego, szpital nie przestrzega i nie realizuje rozporządzenia dotyczącego minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Obowiązek ten wynika z przepisów przejściowych wydanych na podstawie art. 10 ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408), w związku z art. 219 ust.3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654).
8. Raporty pielęgniarskie powinny być podpisywane codziennie przez pielęgniarkę oddziałową a w trakcie kontroli oddziału również przez pielęgniarkę naczelną szpitala a nie jak to miało miejsce w kontrolowanym oddziale przez lekarza dyżurnego.
9. Personel pielęgniarski powinien posiadać wizytówki identyfikujące
10. Zaleca się prowadzenie przez pielęgniarki/rzy dokumentacji pacjenta w formie notatki z całodzienną obserwacją.
11. Zaleca się aby oddział realizujący świadczenia pielęgniarskie poprzez m.in. realizację zleceń lekarskich w tym podawanie leków drogą doustną przestrzegał następujących zasad:
  - zlecenia lekarskie wpisuje lekarz do Indywidualnej Karty Zleceń,
  - wyłącznie pielęgniarka przygotowująca leki podaje je pacjentowi, autoryzując każdorazowo podpisem w Indywidualnej Karcie Zleceń,

- osoba autoryzująca zlecenie jest odpowiedzialna za jego wykonanie,
  - niedopuszczalne jest przepisywanie zleceń na tzw. karteczki umieszczone na tacy z lekami,
  - na tzw. karteczkach umieszcza się wyłącznie imię i nazwisko pacjenta oraz nr sali na której przebywa,
  - przygotowując leki pielęgniarka powinna dochować szczególnej staranności, trzykrotnie sprawdzając zgodność zleceń z podawanym lekiem, jego dawką, częstotliwością podania
12. Zaleca się prowadzenie kart przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego  
Obowiązkiem pielęgniarki/pielęgniarsza jest kontrolowanie stanu fizycznego i psychicznego osoby unieruchomionej nie rzadziej niż co 15 minut (również w czasie snu tej osoby), a adnotacje o jej stanie jest zobowiązana bezzwłocznie zapisać w karcie (załącznik nr 3-Instrukcja Systemu Zarządzania Jakością QI-5/P).
  13. Zaleca się osobom odpowiedzialnym za pracę personelu medycznego codziennie zapoznawanie się z raportem pielęgniarskim i podpisywanie się pod nim.
  14. Proszę o poinformowanie lekarzy, iż nie powinni podpisywać się pod raportem pielęgniarskim.
  15. Należy zmodyfikować „Regulamin tygodniowej oceny zachowania” tak, aby wykluczyć konsekwencje prowadzące do alienacji chłopców z grupy.
  16. Przeprowadzić konkursy na stanowiska Naczelnej Pielęgniarki Szpitala oraz pielęgniarki oddziałowej oddziału Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Młodzieży,
  17. Ponadto, należy uregulować liczbę łóżek względem faktycznej liczby pacjentów oraz zweryfikować, czy Szpital jest w stanie zapewnić właściwą opiekę większej liczbie nieletnich mając na względzie wskazane braki kadrowe.
  18. Rozważenie udostępnienia sal plastycznych, gimnastycznych pacjentom w czasie wolnym.

**Rzecznik Praw Pacjenta**

*Kryszyna Barbara Korzowska*

**PODSEKRETARZ STANU**  
w Ministerstwie Zdrowia  
*Andrzej Włodarczyk*