

**BIURO
RZECZNIKA PRAW PACJENTA
ZESPÓŁ DS. ZDROWIA PSYCHICZNEGO
ALEJA ZJEDNOCZENIA 25
01-829 WARSZAWA**

RzPP-ZZP-0932-16-4/KAS/12

Warszawa, dnia 28. września 2012 r.

Protokół ze zbadania sprawy na miejscu

przez pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta w dniu 20 czerwca 2011 r. w Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. prof. Mieczysława Kaczyńskiego Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lublinie (dalej: Szpital Neuropsychiatryczny w Lublinie).

1. Podstawy prawne

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono na podstawie art. 52 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*¹ (dalej: *ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*) zgodnie z brzmieniem którego „Rzecznik Praw Pacjenta prowadząc postępowanie wyjaśniające może zbadać, nawet bez uprzedzenia, każdą sprawę na miejscu”.

Dyrekcja ww. placówki została poinformowana o zamiarze przeprowadzenia kontroli w dniu jej rozpoczęcia².

Decyzję o zbadaniu sprawy na miejscu, Rzecznik Praw Pacjenta podjął w związku z napływającymi sygnałami dotyczącymi w szczególności uprawdopodobnionego naruszenia art. 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego*³.

Czynności służbowe zostały przeprowadzone przez:

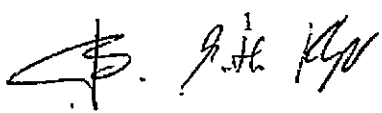
1. Grzegorza Błazewicza – Kierownika Zespołu ds. Zdrowia Psychicznego;
2. Beatę Wróblewską – Głównego Specjalistę w Zespole ds. Zdrowia Psychicznego;
3. Huberta Zalewskiego – Głównego Specjalistę w Zespole ds. Zdrowia Psychicznego;

¹ tj. Dz. U. z 2012 r., poz. 159

² Pismo Pani Krystyny Barbary Kozłowskiej, Rzecznika Praw Pacjenta z dnia 15.06.2012 r. (znak: RzPP-ZZP-0932-16-1/KAS/12)

³ Dz.U. z 2011 Nr 231 poz. 1375


Krystyna Barbara Kozłowska



4. Katarzynę Skrętowską – Specjalistę w Zespole ds. Zdrowia Psychicznego;
5. Michała Hajduka – Inspektora w Zespole ds. Zdrowia Psychicznego.

Wskazane osoby posiadały stosowne upoważnienia do weryfikacji stopiona przestrzegania praw pacjenta, udzielone przez Rzecznika Praw Pacjenta⁴.

W dniu 20 czerwca 2012 r. Pan ██████████ ██████████ – Dyrektor Szpitala Neuropsychiatrycznego w Lublinie oraz Pan ██████████ ██████████ – Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej Szpitala Neuropsychiatrycznego w Lublinie zapewnili kontrolujących, iż personel medyczny oddziałów zostanie poinformowany o prowadzonych działaniach. Pracownicy Szpitala Neuropsychiatrycznego w Lublinie, w trakcie czynności sprawdzających, w pełni współpracowali z osobami kontrolującymi.

2. Ustalenia dotyczące podmiotu leczniczego

Szpital Neuropsychiatryczny im. prof. Mieczysława Kaczyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie:

Regon: 4310190400010;

NIP: 9462160056;

Organem założycielskim podmiotu leczniczego jest Samorząd Województwa Lubelskiego. Szpital Neuropsychiatryczny w Lublinie jest samodzielnym zakładem opieki zdrowotnej. Celem Szpitala Neuropsychiatrycznego jest udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, osobom ubezpieczonym oraz innym uprawnionym do świadczeń, nieodpłatnie, z częściową lub całkowitą odpłatnością, zgodnie z uprawnieniami tych osób i obowiązującymi w tym względzie przepisami a także działania na rzecz promocji zdrowia.⁵

⁴ Nr upoważnień:

RzP-ZZP-0932-16-2/MH/12

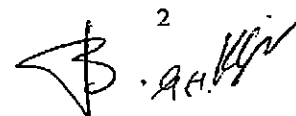
RzP-ZZP-0932-16-3/MH/12

RzP-ZZP-0932-16-4/MH/12

RzP-ZZP-0932-16-5/MH/12

RzP-ZZP-0932-16-6/MH/12

⁵ § 4 Statutu Szpitala Neuropsychiatrycznego im. prof. Mieczysława Kaczyńskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lublinie (tekst ujednolicony), Załącznik do Zarządzenia wewnętrznego Nr 105/2011 z dnia 10 października 2011 r. Dyrektora Szpitala Neuropsychiatrycznego SP ZOZ w Lublinie.

2


3. Zakres badania sprawy na miejscu

Zakres prowadzonych działań sprawdzających obejmował w szczególności przestrzeganie praw pacjenta określonych w ustawie o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o *ochronie zdrowia psychicznego*⁶ (dalej: *ustawa o ochronie zdrowia psychicznego*), a także przepisów odrębnych, w tym:

- a) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w *sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*⁷ (dalej: *rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*);
- b) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w *sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*⁸ (dalej: *rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*);
- c) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w *sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*⁹ (dalej: *rozporządzenie w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*);
- d) rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w *sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego*¹⁰ (dalej: *rozporządzenie w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego*).
- e) rozporządzenia z dnia 30 lipca 2009 r. w *sprawie prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej*¹¹ (dalej: *rozporządzenie w sprawie prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej*).

4. Czynności i ustalenia związane ze zbadaniem sprawy na miejscu

Pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta, po okazaniu stosownych upoważnień, podjęli w trybie natychmiastowym czynności sprawdzające w następujących pomieszczeniach Szpitala:

- 1) Izbie Przyjęć;
- 2) Oddziale ogólnopsychiatrycznym IV;

⁶ Dz.U. z 2011 Nr 231 poz. 1375

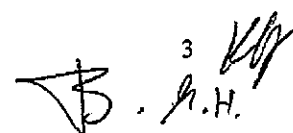
⁷ Dz.U. z 2010 Nr 252 poz. 1697 z późn. zm.

⁸ Dz.U. z 2008 Nr 81 poz. 484

⁹ Dz.U. z 2011 Nr 3 poz. 158

¹⁰ Dz.U. z 1995 Nr 103 poz. 514

¹¹ Dz.U. z 2009 Nr 129 poz. 1068

3
A.H.


- 3) Oddziale ogólnopsychiatrycznym V;
- 4) Oddziale neuropsychiatrii dziecięcej IX;
- 5) Oddziale psychiatrycznym dla młodzieży.

Stwierdzając, co następuje:

Izba Przyjęć

W skład pomieszczeń Izby Przyjęć ww. podmiotu leczniczego wchodzi:

- punkt rejestracji pacjentów;
- poczekalnia;
- pomieszczenie przeznaczone do przeprowadzenia badań związanych z przyjęciem pacjenta;
- dyżurka pielęgniarek;
- izolatka.

Powyższe spełnia wymogi określone w rozdziale I ust. 2 i 4 załącznika nr 1 do rozporządzenia *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.*

W Izbie Przyjęć ww. podmiotu leczniczego prowadzona jest *Księga Przyjęć – Psychiatryczna* oraz *Księga Odmów Pielęgniarskich - Psychiatryczna.*

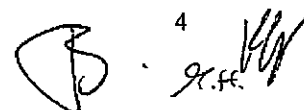
Księga Przyjęć –Psychiatryczna opatrzona jest numerem księgi wraz z oznaczeniem podmiotu leczniczego oraz zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 2) datę przyjęcia pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty;
- 3) imię nazwisko oraz PESEL pacjenta i adres zamieszkania pacjenta;
- 4) rozpoznanie wstępne;
- 5) oznaczenie oddziału na którym pacjent przebywa;
- 6) dane lekarza kierującego;
- 7) dane lekarza przyjmującego;
- 8) numer Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Powyższe spełnia dyspozycję § 26 pkt 1-6 rozporządzenia *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.*

Księga Odmów Pielęgniarskich – Psychiatryczna opatrzona jest numerem księgi wraz z oznaczeniem podmiotu leczniczego oraz zawiera:

- 1) imię nazwisko oraz PESEL pacjenta i adres zamieszkania pacjenta;

 4
J.H.

- 2) dane lekarza kierującego;
- 3) datę przyjęcia pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty;
- 4) dane lekarza przyjmującego;
- 5) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
- 9) datę odmowy ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty;
- 6) wskazanie powodu odmowy przyjęcia do szpitala;
- 7) adnotację o braku zgody pacjenta na pobyt w szpitalu;
- 8) adnotację o miejscu do którego pacjent został skierowany.

Powyższe jest zgodne z przepisem § 27 ust. 1 pkt 1-8, pkt 10-11 oraz pkt 13-14 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.



Księga Odmów Pielęgniarskich – Psychiatryczna nie zawierała informacji o udzielonych świadczeniach zdrowotnych (tj. § 27 ust. 1 pkt 9), a także potwierdzenia podpisem pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego adnotacji o braku zgody na pobyt w szpitalu (tj. § 27 ust. 1 pkt 12) lub informacji o odmowie podpisania przez pacjenta adnotacji o braku zgody (§ 27 ust. 3).

Tym samym ww. Księga nie spełnia wymogów księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w Izbie Przyjęć, o której mowa w § 12 pkt 2 lit. b ww. rozporządzenia.

Pomieszczenia Izby Przyjęć utrzymane były w należyтым stanie sanitarno-higienicznym, spełniającym wymagania określone w rozporządzeniu w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.

Na podstawie analizy losowo wybranego wpisu odmowy przyjęcia pacjenta do Szpitala Neuropsychiatrycznego w Lublinie ustalono, iż personel stosuje się do dyspozycji § 27 ust. 2 ww. rozporządzenia, tj. w przypadku odmowy przyjęcia do szpitala pacjent otrzymuje pisemną informację o rozpoznaniu choroby, problemie zdrowotnym lub urazie, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych i ewentualnych zaleceniach.

W Izbie Przyjęć oraz Magazynie Depozytów ww. Szpitala sprawdzono sposób i tryb przekazywania rzeczy wartościowych pacjentów do depozytu, w tym zgodność powyższego z przepisami rozporządzenia w sprawie prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej.

 5 
9.11.

Z dokonanych ustaleń wynika, iż oryginał karty depozytowej zostaje wydany pacjentowi przekazującemu rzeczy wartościowe do depozytu, zaś jej kopia jest przechowywana w księdze depozytów, co spełnia dyspozycję § 2 ust. 2 i 3 ww. rozporządzenia. Ponadto, jedna kopia karty depozytowej jest dołączana do historii choroby pacjenta. Karta depozytowa jest opatrzona własnoręcznymi podpisami osoby przyjmującej depozyt oraz pacjenta, co jest zgodnie z § 3 ust. 3 ww. rozporządzenia.

Księga depozytów oraz karty depozytowe prowadzone są zgodnie z § 3 ust. 1 i 2 rozporządzenia *w sprawie prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej*.

Rzeczy wartościowe w depozycie przechowywane są w opakowaniu trwale zamkniętym, ostemplowanym pieczęcią zakładu i oznaczonym numerem, pod którym depozyt został zapisany w księdze depozytów. Opakowanie, w którym jest przechowywany depozyt, po wpisaniu do księgi depozytów, przechowuje się w sejfie albo w szafie pancерnej, co spełnia dyspozycję § 4 ww. rozporządzenia.


Należy stwierdzić, iż Szpital Neuropsychiatryczny w Lublinie w pełni realizuje prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie, o którym mowa w art. 39 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

Oddziały ogólnopsychiatryczne (IV i V)

W dniu badania sprawy na miejscu, w Oddziale V Szpitala Neuropsychiatrycznego w Lublinie (stacjonarny oddział koedukacyjny). Stan pacjentów wynosił 77 osób. Oddział posiada 78 łóżek rejestrowych. Dyżur dzienny pełnili:

- 4 pielęgniarki (w tym 1 pielęgniarka oddziałowa);
- 1 terapeutka (w sumie 2 terapeutów w systemie pracy dwuzmianowym);
- 4 salowych;
- 2 psychologów;
- 6 lekarzy.

Oddział dysponuje takimi pomieszczeniami, jak: dyżurka pielęgniarska, gabinet zabiegowy, pomieszczenia do badań (pokoje lekarskie), pomieszczenia gospodarcze, pokoje łóżkowe oraz sala pobytu dziennego z jadalnią. W dniu kontroli stwierdzono, iż wszystkie pomieszczenia utrzymane były w należyтым stanie sanitarno – higienicznym i porządkowym, co wypełnia dyspozycję rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*.

 6
A.H.

Drzwi wejściowe do Oddziału są zabezpieczone w sposób uniemożliwiający niekontrolowane opuszczenie zakładu, co jest zgodne z przepisem pkt 2 rozdział X załącznika nr 1 ww. *rozporządzenia*.

Pomieszczenia sanitarno-higieniczne są dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, a także wyposażone w ręczniki jednorazowego użycia, mydło w płynie i pojemniki na zużyte ręczniki (§ 12 ust. 1 pkt 7 ww. *rozporządzenia*).

Stwierdzono natomiast duże zagęszczenie łóżek w salach chorych (w Sali nr 5 męskiej i Sali nr 6 żeńskiej – po 8 łóżek). Zbyt mała powierzchnia użytkowa sal uniemożliwia dostęp do łóżek pacjentów z trzech stron, tym samym niespełniony został wymóg określony w § 17-19 rozporządzenia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej. Zgodnie z ww. przepisem § 17 „łóżka w pokojach pacjentów powinny być dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych”. Każdy z pacjentów dysponuje indywidualną szafką przyłóżkową.

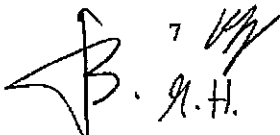
W Oddziale wydzielona została jednoosobowa sala obserwacyjna, z dostępem do pomieszczenia sanitarno-higienicznego, wyposażona w łóżko (nieprzymocowane do podłogi), z zapewnionym dostępem z trzech stron oraz w lustro weneckie, umożliwiające obserwację pacjenta.

W trakcie oględzin pomieszczeń Oddziału zweryfikowano fakt wywiązania się Świadczeniodawcy z realizacji postanowień § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹², tj. obowiązku udostępniania określonych informacji w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych. Stwierdzono, że Świadczeniodawca wyeksponował na tablicy ogłoszeń, m.in. informacje dotyczące:

- trybu składania skarg i wniosków;
- praw pacjenta;
- danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta.

Na tablicy informacyjnej widnieje nieaktualna informacja o funkcji Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Wyeksponowana na tablicy ogłoszeń informacja o prawach pacjenta (pacjentom jest udostępniany pełen tekst ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w gabinecie zabiegowym) oraz informacja o możliwości kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta spełnia dyspozycję zawartą w powyższym przepisie.

¹² Dz. U. Nr 81, poz. 484.

 7
9.H.

Podczas czynności kontrolnych uzyskano informacje zarówno od personelu jak i pacjentów, że pacjenci otrzymują zgodę ordynatora Oddziału na okresowe przebywanie poza Szpitalem, zgodnie z art. 14 *ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*. Pacjent otrzymuje oryginał imiennej przepustki, a kopię jej załącza się do historii choroby pacjenta.

Mając na względzie rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie organizowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i nagradzania uczestników tych zajęć, kontrolujący zweryfikowali organizację zajęć rehabilitacyjnych.

Zgodnie z *Planem Tygodnia*, terapia zajęciowa odbywa się w godzinach od 10:15 do 13:00 (o godzinie 13:00 przerwa na obiad) oraz od godziny 15:00 do 17:00. Przerwa w terapii zajęciowej trwa od 14:00 do 15:00.

We wtorki i środy w godzinach od 11:00 do 12:15 odbywa się psychoterapia grupowa (zajęcia psychologiczne), zaś indywidualne rozmowy psychoterapeutyczne z pacjentami i rodzinami odbywają się każdego dnia. Z informacji uzyskanych od pacjentów wynika, iż w soboty i niedziele również odbywa się terapia zajęciowa. Pacjenci mają również zapewnioną możliwość korzystania z innych form zajęć, m.in.:

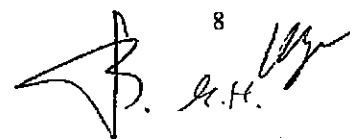
- oglądanie telewizji;
- słuchanie muzyki;
- czytanie książek (biblioteka)
- gry planszowe i inne.

W wyniku analizy rozkładu zajęć proponowanych przez Szpital, należy stwierdzić, iż pacjenci mają zapewnioną opiekę pod względem leczniczym i rehabilitacyjnym.

Pacjenci wyrażają zadowolenie z zaproponowanych im zajęć oraz z faktu możliwości wyboru ich form. Również warunki w jakich odbywają się zajęcia nie budzą zastrzeżeń.

Na tablicy ogłoszeń umieszczone są *Zasady Pełnienia Prac Porządkowych w Oddziale V*, na podstawie których pacjenci podejmują dobrowolne dyżury (po dwie osoby każdego dnia), które są ustalane raz w tygodniu, na spotkaniach społeczności terapeutycznej (pkt 2). Przy zgłaszaniu się do pełnienia dyżurów personel oddziału ocenia i uwzględnia możliwości fizyczne i psychiczne pacjenta (pkt 3). W sytuacji gorszego samopoczucia pacjenta istnieje możliwość zamiany lub zastępstwa z innym pacjentem (pkt 6).

W ramach pełnienia dyżuru na stołówce, do zadań pacjentów należy m.in.: wytarcie stolików, umycie podłogi, poustawianie krzeseł. Dyżury są pełnione po każdym posiłku

8

K.H.

(pkt 4). Jednocześnie, pacjenci dobrowolnie pomagają przy wnoszeniu termosów z posiłkami (pkt 5).

Mając na uwadze powyższe, w oparciu o opinię Pana prof. dr hab. med. Marka Jaremy – Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii z dnia 23 kwietnia 2012 r., należy zauważyć, iż zastrzeżenie budzi treść pkt 4 (zmywanie podłogi przez pacjentów) i pkt 5 ww. *Zasad* tj. „dobrowolne pomaganie przy wnoszeniu termosów z posiłkami”.

Zarówno w opinii Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii jak i Rzecznika Praw Pacjenta, nie powinno mieć miejsca zlecenie pacjentom (nawet za wyrażoną przez nich zgodą) prac należących do obowiązków personelu zatrudnionego w placówce.

Świadczeniodawca zapewnia pacjentom kontakt z osobami bliskimi. Odwiedziny odbywają się codziennie w godzinach od 10:30 do 17:00. Aparat telefoniczny jest usytuowany w ogólnie dostępnym miejscu (korytarz) i nie ma żadnych ograniczeń w zakresie korzystania z połączeń telefonicznych. Zatem, powyższe potwierdza, iż pacjenci mają zapewnione prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego (art. 33 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*).


Pacjenci mają również zapewniony kontakt z duszpasterzem (również w obrządku prawosławnym). Na terenie Szpitala znajduje się kościół w którym msze święte odbywają się w dni powszednie (o godzinie 14:30 i 18:00) oraz w niedziele i święta (o godzinie 7:15, 10:00, 11:30, 14:30 oraz 18:00). Ponadto, na tablicy ogłoszeń dostępny jest numer telefonu do Kapelana Szpitala. Należy więc stwierdzić pełną realizacją prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej (art. 36 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*).

Pacjenci nie wnosili uwag/skarg dotyczących nieetycznych zachowań personelu. Informowali, iż personel jest przyjaźnie i życzliwie do nich nastawiony. Tym samym, należy stwierdzić realizację przepisu zawartego w art. 8 zd. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

Niemniej, odnośnie zapewnianych przez Szpital posiłków, pacjenci wyrazili w tym względzie zastrzeżenia tj. nieurozmaicony jadłospis oraz mała ilość warzyw i owoców.

Podczas badania sprawy na miejscu dokonano weryfikacji prowadzenia dokumentacji indywidualnej.

W wyniku przeprowadzonej analizy losowo wybranej historii choroby pacjenta (Nr ks. gł. 3554/12) przyjętego do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*, ustalono, co następuje:

 9
G.H.

Wpisy w historii choroby dokonano zgodnie z wymaganiami określonymi w § 14 rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*. Załączniki historii choroby, tj.:

- skierowanie do szpitala psychiatrycznego,
- zawiadomienie kierownika szpitala psychiatrycznego o przyjęciu do szpitala lub zatrzymaniu w szpitalu osoby chorej psychicznie lub z zaburzeniami psychicznymi bez jej zgody,
- zawiadomienie o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego do Sądu Rejonowego Wydział Rodzinny i Nieletnich,
- postanowienie Sądu Rejonowego Wydział Rodzinny i Nieletnich,

potwierdziły, iż procedura przyjęcia pacjenta bez zgody do szpitala psychiatrycznego była zgodna z przepisami ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej *regulującego szczegółowy sposób działania szpitala psychiatrycznego w sprawach przyjmowania oraz wypisywania ze szpitala psychiatrycznego*.

Stwierdzono natomiast brak wpisów świadczących o czynności zapoznania pacjenta przyjętego do Szpitala bez zgody z planowanym postępowaniem leczniczym, o czym mowa w art. 33 ust. 2 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*.

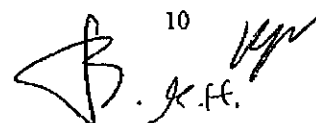
Do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dołączane są:

- oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych;
- oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej

tym samym realizowany jest przepis § 8 pkt 1 i 2 rozporządzenia *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*.

Ponadto, mając na względzie art. 18 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* oraz przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. *w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego*, kontrolujący sprawdzili również sposób dokumentowania zastosowanego środka przymusu (unieruchomienia) wobec pacjenta (Historia choroby nr: 29/2009). Poddano analizie wpisy w:

- karcie zastosowania unieruchomienia lub izolacji,
- karcie obserwacji (oznaczenia – KOD),
- zawiadomieniu Kierownika o zastosowaniu przymusu bezpośredniego na podstawie art. 18 ust. 6 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*.

10
 . K.H.

W wyniku analizy dokumentowania zastosowania środka przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia stwierdzono, iż stan fizyczny osoby unieruchomionej jest kontrolowany przez pielęgniarkę w przedziale czasowym określonym w § 13 rozporządzenia w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego co jest odnotowane w Karcie zastosowania unieruchomienia lub izolacji.

Przyczyna zastosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia jest odnotowywana w dokumentacji medycznej pacjenta oraz raporcie pielęgniarskim.

Odnotowywany jest również fakt zlecenia przez lekarza zastosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na czas nie dłuższy niż 4 godziny, o czym mowa w § 9 ust. 1 ww. rozporządzenia.

Należy jednak zauważyć, iż w niektórych Kartach zastosowania unieruchomienia lub izolacji brakowało podsumowania czasu trwania stosowania środka przymusu bezpośredniego, oznaczenia pacjenta wobec którego stosowane jest unieruchomienie; powód zastosowania unieruchomienia. Tym samym, nie spełniono wszystkich wymogów określonych w Załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego.

Wyniki przeprowadzonego zbadania sprawy na miejscu w Oddziale IV, będącym oddziałem psychiatrycznym dysponującym 73 łózkami rejestrowymi, są analogiczne do ustaleń wynikających z oględzin pomieszczeń Oddziału V.

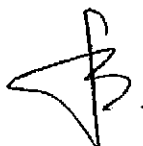
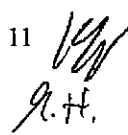
Pacjenci nie wnosili żadnych skarg/problemów do zespołu kontrolnego w przedmiocie łamania, czy naruszania przysługujących im praw pacjenta.

Oddział Neuropsychiatrii Dziecięcej IX

W dniu badania sprawy na miejscu, w Oddziale Neuropsychiatrii Dziecięcej IX hospitalizowanych było 15 pacjentów (w trybie stacjonarnym) oraz 6 pacjentów w Oddziale Dziennym, będącym poddziałem ww. Oddziału. Oddział dysponuje 25 łózkami rejestrowymi. Do Oddziału dziecięcego przyjmowani są pacjenci w wieku od 6 do 15 roku życia.

Dyżur dzienny pełnili:

- 1 pielęgniarka;
- 1 pielęgniarka oddziałowa;
- 2 terapeutki (w systemie pracy dwuzmianowym);
- 2 salowe;
- 1 psycholog;

 11 
A.H.

- 3 lekarzy;
- 1 lekarz koordynator, pełniący funkcję ordynatora oddziału młodzieżowego.

Wszystkie pomieszczenia utrzymane były w należyтым stanie sanitarno-higienicznym i porządkowym, spełniając tym samym wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.

Ponadto, w pokojach łóżkowych zachowano odstępny między łózkami umożliwiające swobodny dostęp do pacjentów, oraz możliwość wyprowadzenia łózka z sali. Powyższe spełnia wymagania określone w § 17-19 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej¹³.

W wyniku działań kontrolnych w ww. Oddziale należy pozytywnie ocenić organizację zajęć rehabilitacyjnych. Na terenie Oddziału wyodrębniono również osobne pomieszczenie, w którym odbywają się zajęcia szkolne dla pacjentów.



Wszystkie pomieszczenia utrzymane były w należyтым stanie sanitarno - higienicznym i porządkowym, spełniając wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.

W wyniku analizy rozkładów zajęć proponowanych przez Oddział należy stwierdzić, iż pacjenci mają zapewnioną opiekę pod względem leczniczym, rehabilitacyjnym i wychowawczym. Pacjenci mają możliwość korzystania z innych form zajęć, m.in. oglądanie telewizji; czytanie książek; gry planszowe i inne.

Świadczeniodawca realizuje postanowienia § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj. obowiązek wywieszania określonych informacji w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych.

Świadczeniodawca zapewnia pacjentom kontakt z osobami bliskimi. Odwiedziny odbywają się codziennie zaś aparat telefoniczny jest usytuowany w ogólnie dostępnym miejscu (zapewniającym swobodę i prywatność podczas rozmowy) i nie ma żadnych ograniczeń w zakresie korzystania z połączeń telefonicznych. Zatem, powyższe potwierdza,

¹³ Dz. U. Nr 31, poz. 158.

 12
g.t.c. 

iż pacjenci mają zapewnione prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego (art. 33 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

Oddział Psychiatryczny dla Młodzieży

Oddział Psychiatryczny dla Młodzieży przyjmuje pacjentów w wieku 13-21 lat i dysponuje 22 łózkami rejestrowymi. W dniu przeprowadzania czynności kontrolnych hospitalizowanych było 17 pacjentów. Dyżur dzienny pełnili:

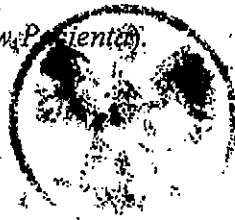
- 1 lekarz;
- 2 pielęgniarki (w tym pielęgniarka oddziałowa);
- 3 terapeutki;
- 2 psychologów;
- 1 sanitariusz;
- 2 lekarzy stażystów.

Wyniki przeprowadzonego zbadania sprawy na miejscu w Oddziale Psychiatrycznym dla Młodzieży, są analogiczne do ustaleń wynikających z oględzin pomieszczeń Oddziału Neuropsychiatrii Dziecięcej IX – i nie budzą zastrzeżeń zespołu kontrolującego.


5. Wnioski

W wyniku przeprowadzonych działań należy pozytywnie z uchybieniami ocenić przestrzeganie praw pacjenta przez Świadczeniodawcę.

Niemniej, w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami należy wskazać na naruszenie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym (...) (art. 8 zd. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).



TR.

13
A.H. 

6. Zalecenia

- Zaniechanie angażowania pacjentów do wykonywania prac porządkowych należących do obowiązków personelu (wykreślenie obowiązku zmywania podłogi w pkt 4 i wykreślenie pkt 5 *Zasad Pełnienia Prac Porządkowych*);
- Usunięcie nieaktualnej informacji o Rzeczniku Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego;
- Zamieszczanie w Księdze *Odmów Pielęgniarskich – Psychiatrycznej* potwierdzenia pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego o braku zgody na pobyt w szpitalu lub informacji o odmowie podpisania przez pacjenta adnotacji o braku zgody;
- Udostępnienie pacjentom jadłospisu oraz jego urozmaicenie (w tym zwiększenie porcji warzyw i owoców);
- Zorganizowanie dla personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania¹⁴;
- Zorganizowanie dla personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;
- Zorganizowanie dla personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.



Katarzyna Głuchowska
G. Hejczyk
Stroniszew.

¹⁴ Dz.U. z 2012 Nr 12 poz. 740

**Działania podjęte przez Rzecznika Praw Pacjenta
w związku z przeprowadzoną kontrolą**

1. Wystąpienie do Pana ██████████, Dyrektora Szpitala Neuropsychiatrycznego im. prof. Mieczysława Kaczyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie, ul. Abramowicka 2, 20-442 Lublin;
2. Wystąpienie do Pana Krzysztofa Hetmana, Marszałka Województwa Lubelskiego, Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego ul. Spokojna 4, 20-074 Lublin;
3. Wystąpienie do Pana Prof. dr hab. n. med. Marka Masiaka, Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Psychiatrii, Katedra i Klinika Psychiatrii UM w Lublinie, ul. Głuska 1, 20-439 Lublin;
4. Wystąpienie do Pana Krzysztofa Tuczapskiego, Dyrektora Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Szkołna 16, 20-124 Lublin;
5. Wystąpienie do Pana Bartosza Arłukowicza, Ministra Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-592 Warszawa;
6. Wystąpienie do Pani Ireny Lipowicz, Rzecznik Praw Obywatelskich, Aleja Solidarności 77, 00 - 090 Warszawa;
7. Wystąpienie do Pana Marka Michalaka, Rzecznika Praw Dziecka, ul. Przemysłowa 30/32, Warszawa

