

Warszawa, ... 22 ... x ... 2012 r.

BIURO  
RZECZNIKA PRAW PACJENTA  
Zespół ds. Zdrowia Psychicznego

RzPP-ZZP-4210-7-20/MH/12

### Protokół ze zbadania sprawy na miejscu

przez pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta (dalej: Biuro) w dniu 27 lipca 2012 r. w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Miejskim w Sosnowcu (dalej: Szpital).

#### 1. Podstawy prawne

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono na podstawie art. 52 ust. 2 pkt 1, w zw. z art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>1</sup> (dalej: *ustawa o prawach pacjenta*). Zgodnie z brzmieniem powołanego przepisu „Rzecznik Praw Pacjenta prowadząc postępowanie wyjaśniające może zbadać, nawet bez uprzedzenia, każdą sprawę na miejscu”. Dyrekcja ww. placówki została poinformowana o zamiarze przeprowadzenia czynności w dniu ich rozpoczęcia<sup>2</sup>.

Czynności sprawdzające zostały przeprowadzone przez:

1. Grzegorza Błażewicza – Kierownika Zespołu ds. Zdrowia Psychicznego;
2. Katarzynę Kozioł – Starszego Specjalistę w Zespole Interwencyjno – Poradniczym;
3. Andrzeja Nawrockiego – Specjalistę w Zespole ds. Zdrowia Psychicznego;
4. Michała Hajduka – Inspektora w Zespole ds. Zdrowia Psychicznego.

Wskazani pracownicy posiadali stosowne upoważnienia do przeprowadzenia weryfikacji stopnia przestrzegania praw pacjenta, udzielone przez Rzecznika Praw Pacjenta<sup>3</sup>.

Zbadanie sprawy na miejscu zostało przeprowadzone w związku z napływającymi do Rzecznika Praw Pacjenta sygnałami dotyczącymi w szczególności uprawdopodobnionego naruszenia art. 8 ustawy o *prawach pacjenta*.

<sup>1</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 159 z późn. zm.

<sup>2</sup> Pismo z dnia 24 lipca 2012 r., znak: RzPP-ZZP-4210-7-13/MH/12.

<sup>3</sup> Numery upoważnień:


RzP-ZZP-4210-7-14/MH/12,

RzP-ZZP-4210-7-15/MH/12,

RzP-ZZP-4210-7-16/MH/12,

RzP-ZZP-4210-7-17/MH/12.

Rzecznik Praw Pacjenta

  
Krystyna Barbara Kozłowska



W dniu 27 lipca 2012 r. kierownictwo placówki zapewniło kontrolujących, iż personel oddziałów zostanie poinformowany o prowadzonych czynnościach. Pracownicy Szpitala w pełni współpracowali z pracownikami Biura Rzecznika Praw Pacjenta w trakcie kontroli.

## 2. Ustalenia dotyczące podmiotu leczniczego

Samodzielny Publiczny Szpital Miejski w Sosnowcu (ul. Szpitalna 1, 41-219 Sosnowiec) został wpisany do rejestru zakładów opieki zdrowotnej w dniu 7 listopada 2007 r.

Nr KRS: 0000298176; Regon: 240837054; NIP: 644-33-73-832.

Organem założycielskim ww. podmiotu leczniczego jest Miasto Sosnowiec.

## 3. Zakres badania sprawy na miejscu

Zakres prowadzonych działań obejmował w szczególności przestrzeganie praw pacjenta określonych w ustawie 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*<sup>4</sup> oraz 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*<sup>5</sup>;
- b) rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 października 1995 r. *w sprawie organizowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i nagradzania uczestników tych zajęć*<sup>6</sup>;
- c) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*<sup>7</sup>;
- d) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. *w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania*<sup>8</sup>.

## 4. Czynności i ustalenia związane ze zbadaniem sprawy na miejscu

Pracownicy Biura, po okazaniu stosownych upoważnień, podjęli w trybie natychmiastowym czynności kontrolne w stacjonarnych oddziałach psychiatrycznych

<sup>4</sup> Dz. U. z 2011 r., nr 231, poz. 1375 z późn. zm.

<sup>5</sup> Dz. U. z 2010 r., nr 252, poz. 1697 z późn. zm.

<sup>6</sup> Dz. U. z 1995 r., nr 127, poz. 614 z późn. zm.

<sup>7</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 739.

<sup>8</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 740.



(Oddział Psychiatryczny oraz Oddział Psychiatryczny dla Chorych Somatycznie) znajdujących się w budynku przy ul. Zegadłowicza 3 w Sosnowcu.

Oddział Psychiatryczny (ogólny) dysponuje 26 miejscami, natomiast Oddział Psychiatryczny dla Chorych Somatycznie 35 miejscami dla Pacjentów.

W wyniku przeprowadzonych czynności sprawdzających, tj.:

- rozmów z pacjentami oraz personelem medycznym;
- oględzin pomieszczeń Oddziałów;
- weryfikacji wpisów w dokumentacji medycznej,

stwierdzono, co następuje:

#### **I. Oddział Psychiatryczny (ogólny) oraz Oddział Psychiatryczny dla Chorych Somatycznie**

- 1) na tablicach ogłoszeń widnieją nieaktualne informacje odnośnie praw pacjenta (nieaktualna *Karta Praw Pacjenta*) oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta (Biuro Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia). Nie wyeksponowano ponadto trybu składania skarg i wniosków;
- 2) zapisy *Regulaminu Oddziału* przewidują, że Pacjenci mogą być odwiedzani jedynie przez dwie osoby jednocześnie oraz nie mogą być odwiedzani przez osoby poniżej 12 roku życia (dotyczy Oddziału Psychiatrycznego – ogólnego). Zgodnie z opinią Pana prof. dr hab. med. Tomasza Wolańczyka, Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, „*problemy dotyczące wizyt dzieci w oddziałach psychiatrycznych nie są łatwe, zaś próby wyznaczania granicy wieku wydaje się krańcowym uproszczeniem problemu. Można przyjąć, że w sytuacjach, kiedy na podstawie doświadczeń personelu medycznego w oddziale psychiatrycznym częste są akty agresji, obnażanie się itd., kierownictwo oddziału może wprowadzić zakaz wizyt dzieci, jednak w takim wypadku konieczne jest stworzenie odpowiedniego miejsca (pokoju spotkań, pokoju odwiedzin), w którym pacjenci mogą bez ograniczeń spotykać się ze swoimi rodzinami*”;
- 3) *Regulamin Oddziału* stanowi ponadto, iż rzeczy pozostawione w depozycie przez Pacjentów mogą być odbierane jedynie pomiędzy godz. 8 a 9 rano. Ww. zapis jest nieuzasadnionym utrudnieniem realizacji prawa pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie (dotyczy Oddziału Psychiatrycznego – ogólnego);
- 4) w obu kontrolowanych Oddziałach oferta programowa w zakresie prowadzonych zajęć terapeutyczno – rehabilitacyjnych jest niewystarczająca. I tak:

- nie opracowano indywidualnych programów terapeutycznych dla poszczególnych pacjentów oraz okresowych ocen skuteczności zajęć rehabilitacyjnych,
  - terapia zajęciowa prowadzona w wymiarze 2-3 godzin dziennie. Zgodnie z § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 października 1995 r. w sprawie organizowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i nagradzania uczestników tych zajęć: „zajęcia rehabilitacyjne w pracowni powinny być prowadzone 5 razy w tygodniu, co najmniej przez 4 godziny dziennie. Zajęcia rehabilitacyjne obejmują: ćwiczenia samoobsługi i rozwijanie umiejętności społecznych, działania edukacyjne, różnorodne formy terapii poprzez pracę oraz inne formy terapii dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta”,
  - nienależyte wyposażenie pracowni terapii zajęciowej w niezbędne materiały (w tym pomoce edukacyjne),
  - niewprowadzenie systemu motywacyjnego dla Pacjentów (nagradzanie za aktywne uczestnictwo w zajęciach).
- 5) okno w męskiej toalecie i łazience (Oddział Psychiatryczny – parter) nie posiada rolety oraz zmatowień;
  - 6) zbyt duże zagęszczenie chorych w salach uniemożliwia dostęp do łóżek pacjentów z trzech stron, tym samym nie został spełniony wymóg określony w § 18 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Zgodnie z przywołanym przepisem „łóżka w pokojach powinny być dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych”;
  - 7) sposób ustawienia łóżek uniemożliwia ich wyprowadzenie bez konieczności przesuwania łóżek sąsiednich, a niekiedy nawet mebli znajdujących się w salach. Ponadto, w niektórych salach odstępy pomiędzy łózkami nie umożliwiają swobodnego dostępu do Pacjentów (naruszenie § 19 i 20 ww. rozporządzenia);
  - 8) wyposażenie i meble (przede wszystkim szafki przyłóżkowe) są wyeksploatowane oraz w dużej części poważnie uszkodzone (widoczne szczeliny, pęknięcia);
  - 9) łóżka w salach chorych są w bardzo złym stanie (wyeksploatowane, braki i pęknięcia w strukturze materiału);



- 10) pościel zużyta, znacznie zniszczona, materace bez pokrowców, brak materacy przeciwoleżynowych;
- 11) w Oddziale Psychiatrycznym (ogólnym) znajduje się system monitoringu obejmujący oprócz sal obserwacyjnych dla kobiet i mężczyzn również całe pomieszczenie toalety. Ponadto, stanowisko monitoringu znajdujące się na korytarzu, usytuowane jest w ten sposób, że możliwy jest wgląd przez osoby postronne w wyświetlany obraz z kamer;
- 12) część personelu medycznego nie posiada umieszczonych w widocznym miejscu imiennych identyfikatorów. Zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*<sup>9</sup> „osoby zatrudnione w szpitalu oraz pozostające w stosunku cywilnoprawnym z podmiotem leczniczym, którego przedsiębiorstwem jest szpital, są obowiązane nosić w widocznym miejscu identyfikator zawierający imię i nazwisko oraz funkcję tej osoby”;
- 13) Pacjenci wyrażali niezadowolenie z wyżywienia oferowanego przez Szpital. Wskazywali, że posiłki są mało urozmaicone, porcje niewystarczające, jak również niezgodne z tygodniowym jadłospisem. Analiza jadłospisu potwierdza ww. informacje. Codziennie, zarówno na śniadanie, jak i kolację Pacjenci otrzymują jedynie bułkę (chleb) z masłem oraz kawę mleczną (herbatę), ewentualnie zupę mleczną. Posiłki te nie zawierają wędlin, serów, czy jakichkolwiek warzyw.

**Należy podkreślić, że Pacjenci nie wnosili uwag/skarg dotyczących nieetycznych zachowań personelu. Wyrażali zadowolenie z pobytu w ww. oddziałach, podkreślając, że personel jest przyjaźnie i życzliwie do nich nastawiony.**

## II. Inne

Na podstawie analizy dokumentacji medycznej, stwierdzono następujące nieprawidłowości:

- 1) zawiadomienia dotyczące powiadomienia kierownika podmiotu leczniczego o zastosowaniu przymusu bezpośredniego są niezgodne z załącznikiem nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w *sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania*, w przypadku historii choroby o numerze: 10600/12. Powyższe dotyczy zastosowania przymusu bezpośredniego w dniach: 03.07.2012 r., 04.07.2012 r., 05.07.2012 r. oraz 06.07.2012r.,

<sup>9</sup> Dz. U. z 2011 r., nr 112, poz. 654 z późn. zm.

- 2) *Karta unieruchomienia* niezgodna z załącznikiem nr 5 do ww. rozporządzenia oraz § 17 ust. 3 ww. rozporządzenia (w *Karcie* brak rubryki do odnotowania osób wykonujących unieruchomienie lub izolację);
- 3) z informacji zawartych w *Kartach unieruchomienia* (dokumentacja nr *Księgi głównej*: 10600/12, z dnia: 03.07.2012 r., 04.07.2012 r., 05.07.2012 r.,) wynika, że pacjent unieruchomiony był przez 70 godzin i 15 minut, po tym czasie został zwolniony z unieruchomienia na 2 godziny i ponownie unieruchomiony na 1 godzinę i 15 minut. W ww. dokumentach jest wpis o przedłużeniu unieruchomienia dopiero po 24 godzinach i następny po kolejnych 24 godzinach. Nie ma pieczętki drugiego lekarza psychiatry, który wydałby stosowną opinię w celu przedłużenia przymusu. Powyższe ustalenia wskazują na naruszenie przepisów § 4 ust. 1, 4 i 5 ww. rozporządzenia.
- 4) Z *Indywidualnej karty obserwacji pacjenta z cewnikiem moczowym* (nr *Księgi głównej*: 10600/12) wynika, że pacjent miał założony cewnik *Foleya* w okresie od dnia 3 lipca 2012 r. do 9 lipca 2012 r. Nie dokonano jednak wpisów dotyczących uzasadnienia ww. działania inwazyjnego w żadnym dokumencie znajdującym się w *Historii choroby*;
- 5) W wyniku analizy *Indywidualnych kart zleceń lekarskich* (nr *Księgi głównej*: 10208/2012) stwierdzono braki w rubryce potwierdzającej wykonanie zlecenia lekarskiego (§ 18 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania);

W Samodzielnym Publicznym Szpitalu Miejskim w Sosnowcu utworzono stanowisko „Rzecznika Praw Pacjenta”, który podlega bezpośrednio Dyrektorowi placówki (§ 61 ust. 3 pkt 11 *Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Szpitala Miejskiego w Sosnowcu*). Do zadań Rzecznika należy przede wszystkim „czuwanie nad przestrzeganiem praw pacjenta w Szpitalu” (§ 94 ww. *Regulaminu*).

Należy zauważyć, iż w szpitalach mogą pracować osoby zajmujące się prawami pacjenta zatrudnione przez kierującego placówką, jednakże nie są uprawnione do używania tytułu „Rzecznika Praw Pacjenta”. Rzecznik Praw Pacjenta jest bowiem centralnym organem administracji rządowej, powołanym na mocy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* i wykonuje swoje zadania przy pomocy Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Tak więc, Rzecznik Praw Pacjenta, podobnie jak Rzecznik Praw Obywatelskich i Rzecznik Praw Dziecka jest organem samodzielnym, znajdującym swoje umocowanie w powszechnie obowiązujących przepisach prawa.



Odnosnie powyższego zagadnienia, w dniu 5 czerwca 2009 r. został wystosowany – z ramienia Biura Rzecznika Praw Pacjenta – komunikat do Marszałków Województw z prośbą o przekazanie przedmiotowej informacji wszystkim kierownikom zakładów opieki zdrowotnej działających na ich terenie ([www.bpp.gov.pl/index.php?id=a10](http://www.bpp.gov.pl/index.php?id=a10)).

## 5. Wnioski

W Samodzielnym Publicznym Szpitalu Miejskim w Sosnowcu, doszło do naruszenia następujących praw pacjenta:

- 1) 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 ustawy *o prawach pacjenta*);
- 2) do informacji o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (art. 11 ust. 1 ww. ustawy);
- 3) do poszanowania intymności i godności (art. 20 ust. 1 cyt. ustawy);
- 4) do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego (art. 33 ust. 1 ww. ustawy);
- 5) do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie (art. 39 ww. ustawy);

oraz doszło do naruszenia przepisów prawa, w zakresie:

- 1) zapewnienia Pacjentom odpowiednich warunków bytowych (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*);
- 2) sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*);
- 3) stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. *w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania*);
- 4) sposobu prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych (rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 października 1995 r. *w sprawie organizowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i nagradzania uczestników tych zajęć*).

## 6. Zalecenia

1. Dostosowanie pomieszczeń do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
2. Podjęcie niezwłocznych i zdecydowanych działań w zakresie poprawy jakości żywienia, zwiększenie gramatury posiłków oraz urozmaicenie diety;
3. Zaangażowanie personelu w organizację planu dnia Pacjentów, doposażenie pracowni terapii zajęciowej w niezbędne dla prowadzenia zajęć materiały, a także wdrożenie i opracowanie planu zajęć terapeutycznych;
4. Umożliwienie odwiedzin Pacjentów przez osoby poniżej 12 roku życia;
5. Usunięcie z tablic ogłoszeniowych wszelkich niedatowanych, niepodpisanych i sprzecznych z obowiązującymi przepisami komunikatów;
6. Przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego w zakresie prowadzenia oraz udostępniania dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
7. Przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego w zakresie stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego zgodnie z obowiązującymi przepisami;
8. Umożliwienie swobodnego i nieograniczonego dostępu do depozytu rzeczy wartościowych;
9. Umieszczenie na tablicach informacyjnych w Szpitalu aktualnej informacji na temat praw pacjenta oraz danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta;
10. Zobowiązanie personelu Szpitala do noszenia w widocznym miejscu imiennych identyfikatorów;
11. Zapewnienie rolety lub odpowiednich zmatowień w oknie męskiej toalety (Oddział Psychiatryczny);
12. Ustawienie kamery monitoringu w ten sposób, aby korzystający z toalety Pacjenci nie byli widoczni;
13. Zmiana ustawienia ekranu systemu monitoringu w ten sposób, aby obraz z kamer nie był widoczny dla osób postronnych.

Gregorz Buziewicz

Katarzyna Łonot





**7. Protokół zbadania sprawy na miejscu przekazano do wiadomości:**

- 1) Pana Artura Nowaka, Dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala Miejskiego w Sosnowcu, ul. Szpitalna 1, 42-219 Sosnowiec;
- 2) Pana Kazimierza Górskiego, Prezydenta Miasta Sosnowca, al. Zwycięstwa 20, 41-200 Sosnowiec;
- 3) Pana Bartosza Arłukowicza, Ministra Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa;
- 4) Pana dr hab. n. med. Roberta Pudło, Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Psychiatrii, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. B. Hagera w Tarnowskich Górach, Katedra i Klinika Psychiatrii, ul. Pyskowska 49, 42-612 Tarnowskie Góry;
- 5) Pana Grzegorza Nowaka, Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice;
- 6) Pana Jana Spychały, Śląskiego Wojewódzkiego Inspektora Nadzoru Budowlanego, ul. Francuska 8, 40-015 Katowice;
- 7) Pana Grzegorza Chudzika, Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, ul. Raciborska 39, 40-957 Katowice;
- 8) Pani prof. dr hab. Ireny Lipowicz, Rzecznika Praw Obywatelskich, al. Solidarności 77, 00-090 Warszawa.

