

**BIURO  
RZECZNIKA PRAW PACJENTA  
ZESPÓŁ DS. ZDROWIA PSYCHICZNEGO  
UL. MŁYNARSKA 46  
01-171 WARSZAWA**

RzPP-SRzPP-0932-6-5/AM/SA/BW/2013

Warszawa 10 lipca 2013 r.

**Protokół ze zbadania sprawy na miejscu**

przez pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta w dniach 18 – 19 kwietnia 2013 r. w Oddziałach Psychiatrycznych w Straszęcinie funkcjonujących w ramach struktury Zespołu Opieki Zdrowotnej *Szpitala z Uśmiechem* w Dębicy (dalej: Szpital).

**I. Podstawy prawne**

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono na podstawie art. 50 ust. 3 w zw. z art. 52 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*<sup>1</sup>. Zgodnie z ww. przepisami – Rzecznik Praw Pacjenta prowadząc postępowanie wyjaśniające może wszcząć postępowanie wyjaśniające z własnej inicjatywy oraz zbadać, nawet bez uprzedzenia, każdą sprawę na miejscu, biorąc pod uwagę w szczególności uzyskane informacje co najmniej uprawdopodobniające naruszenie praw pacjenta.

Dyrekcja Szpitala została poinformowana o zamiarze przeprowadzenia czynności sprawdzających w dniu ich rozpoczęcia.

Decyzję o zbadaniu sprawy na miejscu w ww. podmiocie leczniczym, Rzecznik Praw Pacjenta podjął w związku z napływającymi sygnałami dotyczącymi w szczególności uprawdopodobnionego naruszenia art. 8 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

W dniach 18 – 19 kwietnia 2013 r. czynności sprawdzające zostały przeprowadzone przez:

1. Panią Beatę Wróblewską – Głównego specjalistę w Zespole ds. Zdrowia Psychicznego,
2. Pana Artura Maziarza – Specjalistę w Zespole ds. Zdrowia Psychicznego,
3. Pana Sergiusza Adamskiego – Specjalistę w Zespole ds. Zdrowia Psychicznego.

---

<sup>1</sup> Tj. Dz. U. z 2012 r. , poz. 159, poz. 742.

Osoby badające sprawę na miejscu posiadały stosowne upoważnienia udzielone przez Rzecznika Praw Pacjenta<sup>2</sup>.

## II. Ustalenia dotyczące podmiotu leczniczego

Zespół Opieki Zdrowotnej *Szpitala z Uśmiechem* w Dębicy jest podmiotem leczniczym, działającym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*<sup>3</sup> w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. W skład ww. Zespołu wchodzi następujące przedsiębiorstwa:

- 1) Szpital wykonujący działalność: stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne,
- 2) Zakład Opiekuńczo-Leczniczy wykonujący działalność: stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne,
- 3) Zakład Ambulatoryjnych Świadczeń Zdrowotnych wykonujący działalność: ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Zespół Opieki Zdrowotnej *Szpitala z Uśmiechem* w Dębicy został wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w dniu 1 października 1972 r. Nr KRS 0000042266, Regon: 851643503, NIP 8721907964. Podmiotem tworzącym ww. Zespół jest Powiat Dębicki<sup>4</sup>.

Zgodnie z *Regulaminem Organizacyjnym Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dębicy*<sup>5</sup>, zadaniem wskazanego podmiotu leczniczego jest „udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych zgodnie ze specjalnościami oddziałów, które obejmują zakresem diagnostykę, leczenie, rehabilitację, zabiegi pielęgnacyjne oraz zapewnienie pomieszczeń i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia w obiektach szpitalnych w Dębicy ul. Krakowska 91 oraz w Straszęcinie 295.”

## III. Zakres badania sprawy na miejscu

Zakres przeprowadzonych działań sprawdzających 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>6</sup> oraz przepisów odrębnych, w tym:

<sup>2</sup> Nr upoważnień: RzP-ZZP-0932-6-2/BW/2013, RzP-ZZP-0932-6-3/BW/2013, RzP-ZZP-0932-6-4/BW/2013 .

<sup>3</sup> Dz. U z 2011 Nr 112, poz. 654 z późn. zm.

<sup>4</sup> Statut Zespołu Opieki Zdrowotnej *Szpitala z Uśmiechem* w Dębicy - załącznik do Uchwały Nr XV.126.2012 Rady Powiatu Dębickiego z dnia 6 czerwca 2012 r.

<sup>5</sup> Załącznik nr 1 do *Zarządzenia wewnętrznego Nr 159/2012 Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dębicy z dnia 29 czerwca 2012 r.*

<sup>6</sup> Tj. Dz. U. z 2011 r., Nr 231, poz. 1375.

- a) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 lipca 2012 r. w sprawie szczególnego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego<sup>7</sup>;
- b) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania<sup>8</sup>;
- c) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>9</sup>;
- d) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2009 r. w sprawie prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej<sup>10</sup>;
- e) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczególnych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>11</sup>;
- f) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień<sup>12</sup>;
- g) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie<sup>13</sup>;
- h) Rozporządzenia 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<sup>14</sup>.

#### **IV. 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 wybranych jednostkach organizacyjnych podmiotu leczniczego w Straszęcinie, tj.:

- 1) Izbie Przyjęć Oddziałów Psychiatrycznych,

<sup>7</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 854.

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

<sup>9</sup> Dz. U. z 2010 r., Nr 252, poz. 1697 z późn. zm.

<sup>10</sup> Dz. U. z 2009 r., Nr 129, poz. 1068.

<sup>11</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 739.

<sup>12</sup> Dz. U. z 2009 r., Nr 140, poz. 1146 z późn. zm.

<sup>13</sup> Dz. U. z 2011 r. Nr 18, poz. 94.

<sup>14</sup> Dz. U. z 2004 r. Nr 179, poz. 1854 z późn. zm.

- 2) Oddziale Psychiatrycznym (III),
- 3) Oddziale Odwykowym,
- 4) Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu.

Dyrekcja Szpitala mając na celu poprawę warunków udzielania świadczeń zdrowotnych w kontekście realizacji praw pacjenta, przedstawiła zakres działań związanych z realizacją *programu dostosowawczego* i wymogami Rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*. W ubiegłym roku zakończono prace związane z termomodernizacją obiektu (wymiana okien, dachów, renowacja kominów). Z relacji Dyrektora wynika, iż poczynione zostały kolejne działania w celu pozyskania środków finansowych na dalsze remonty pomieszczeń Szpitala, w szczególności pomieszczeń higieniczno-sanitarnych.

### **1. Izba Przyjęć Oddziałów Psychiatrycznych:**

Z relacji personelu, w Izbie Przyjęć Oddziałów Psychiatrycznych (dalej: Izba Przyjęć) przyjmowani są pacjenci w trybie całodobowym, w szczególności:

- zgłaszający się na podstawie skierowania lekarza,
- przywiezieni przez zespół ratownictwa medycznego,
- zgłaszający się samodzielnie w stanie zagrożenia życia lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia skutkującego zagrożeniem życia.

Przy „trybie pilnym” brak skierowania nie stanowi przeszkody w przyjęciu pacjenta do Zespołu.

Do zakresu zadań Izby Przyjęć należy:

- rejestracja osoby zgłaszającej się z jednoczesną kontrolą uprawnień do korzystania ze świadczeń zdrowotnych;
- zapewnienie niezwłocznego badania przez lekarza dyżurnego;
- zapewnienie pacjentowi doraźnej opieki pielęgniarskiej i lekarskiej stosownej do jego stanu, w tym wykonanie niezbędnych badań i podanie leków;
- przyjęcie do Szpitala, w tym przekazanie do Oddziału pacjenta zakwalifikowanego do hospitalizacji;
- udzielenie porady i pomocy doraźnej pacjentowi niezakwalifikowanemu do hospitalizacji;
- prowadzenie dokumentacji medycznej i statystycznej.

Mając na względzie prawo pacjenta do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia oraz prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 7 ust. 1 w zw. z art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta zweryfikowali w Izbie Przyjęć dokumentację zbiorczą wewnętrzną, tj.: *Księgę główną przyjęć i wypisów* oraz *Księgę odmów i porad ambulatoryjnych udzielanych w Izbie Przyjęć*.

W wyniku analizy ww. dokumentacji stwierdzono, co następuje:

*Księga główna przyjęć i wypisów* uwzględniała wpisy, dotyczące przyjęcia pacjenta, wymagane w rozporządzeniu w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, w szczególności:

- numer kolejny pacjenta w księdze, datę przyjęcia pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym (§ 26 pkt 2 i 3 rozporządzenia);
- imię i nazwisko, numer PESEL, oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta (§ 26 pkt 4 rozporządzenia);
- rozpoznanie wstępne (§ 26 pkt 6 rozporządzenia);
- określenie rodzaju leczenia, w tym istotnych badań diagnostycznych, wszystkich zabiegów i operacji (§ 26 pkt 8 rozporządzenia).

Omawiany dokument nie zawierał nr księgi oraz oznaczenia podmiotu, co stanowi naruszenie przepisu § 26 pkt 1 ww. rozporządzenia<sup>15</sup> oraz nie uwzględniał wpisów dotyczących:

- oznaczenia lekarza wypisującego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d rozporządzenia,

---

<sup>15</sup>Zmiany do niniejszego rozporządzenia zawarto w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2012 r. poz. 1531). Zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1 i 2 ww. rozporządzenia w zakresie oznaczenia podmiotu, należy uwzględnić:

- a) kod identyfikacyjny, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>15</sup>, zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
- b) nazwę i adres przedsiębiorstwa podmiotu – w przypadku podmiotu leczniczego, nazwę jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono jednostki organizacyjne,
- c) nazwę komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono komórki organizacyjne.

- numeru karty depozytowej, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 40 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (§ 26 pkt 16 rozporządzenia).

Wskazana przez pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta nieprawidłowość w ww. zakresie została przez pielęgniarkę skorygowana, poprzez bieżące uzupełnienie brakujących wpisów odnośnie nr *kart depozytowych* pacjentów przyjętych do Szpitala.

*Księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych* wykazała nieprawidłowości w niżej wymienionym zakresie:

- braku oznaczenia podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia oraz numeru kolejnego pacjenta w księdze (§ 27 ust. 1 pkt 1-2 rozporządzenia),
- niedokonywania wpisu odnośnie zgłoszenia się pacjenta, z uwzględnieniem wskazania godziny i minuty w systemie 24-godzinnym (§ 27 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia),
- braku rozpoznania ustalonego przez lekarza kierującego albo adnotacji o braku skierowania (§ 27 ust. 1 pkt 6 rozporządzenia),
- braku istotnych danych z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego oraz wyników wykonanych badań diagnostycznych oraz rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu (§ 27 ust. 1 pkt 7-8 rozporządzenia),
- braku wskazania powodu odmowy przyjęcia do szpitala (§ 27 ust. 1 pkt 11 rozporządzenia),
- adnotacji o braku zgody pacjenta na pobyt w szpitalu potwierdzoną jego podpisem albo podpisem jego przedstawiciela ustawowego (§ 27 ust. 1 pkt 12 rozporządzenia),
- adnotacji o miejscu, do którego pacjent został skierowany, wraz z adnotacją o zleceniu transportu sanitarnego, jeżeli zostało wydane (§ 27 ust. 1 pkt 13 rozporządzenia).

Z uwagi na stwierdzone nieprawidłowości w sposobie prowadzenia *Księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych* w ww. zakresie, nie można było poddać analizie porównawczej kopii *Karty konsultacyjnej* - nazwanej przez personel „*Izba przyjęć – Karta postępowania ambulatoryjnego oddz. NFZ*” (brak numeru, wystawionej w dniu 16 marca 2013 r.) - z wpisami dokonanyymi w ww. *Księdze*.

Niemniej sposób prowadzenia ww. *Karty* jest zgodny z § 27 ust. 2 ww. rozporządzenia, co wpisuje się w realizację prawa pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania,

wynikach leczenia oraz rokowaniu (art. 9 ust. 1-2 w zw. z art. 23 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

W trakcie oględzin pomieszczeń Izby Przyjęć Oddziałów Psychiatrycznych stwierdzono wywiązanie się Świadczeniodawcy z realizacji dyspozycji art. 11 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Na tablicy ogłoszeń wyeksponowano informacje dotyczące:

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

Pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta mając na względzie prawo 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) dokonali oględzin pomieszczeń Izby Przyjęć, w wyniku których ustalono, co następuje:

W skład Izby Przyjęć wchodzi, m.in.:

- 1) poczekalnia;
- 2) pomieszczenie higieniczno-sanitarne, przystosowane dla osób niepełnosprawnych, posiadające natrysk, tym samym spełniony został wymóg określony w pkt 2 ppkt 3 załącznika nr 1<sup>16</sup> do rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
- 3) pomieszczenie zapewniające przeprowadzenie badań związanych z przyjęciem pacjenta do Szpitala;
- 4) gabinet zabiegowy.

W ramach czynności sprawdzających pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta zweryfikowali dopuszczalność do użycia będącego na wyposażeniu Izby Przyjęć defibrylatora typu AED, elektrokardiografu AsCARD2 oraz alkometru typu Alkoholit X600, poprzez weryfikację dokumentacji technicznej (w tym świadectw, paszportów technicznych). Pracownik Izby Przyjęć nie przedstawił dokumentacji technicznej defibrylatora. Tym samym,

---

<sup>16</sup> Szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia szpitala - Załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. (poz. 739).

należy wskazać, iż Świadczeniodawca nie w pełni wywiązał się z wymagań określonych w art. 90 ust. 6-7 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. *o wyrobach medycznych*<sup>17</sup>.

Ponadto, zweryfikowano zestaw przeciwwstrząsowy pod względem jego zgodności z *wykazem produktów leczniczych*, wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego, ratującego życie, które mogą być podawane przez lekarza, lekarza dentystę, felczera lub starszego felczera, stanowiącym załącznik nr 2 do rozporządzenia w sprawie wykazu *produktów leczniczych, które mogą być dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie*. W wyniku ww. czynności sprawdzających nie stwierdzono nieprawidłowości.

Pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta nie stwierdzili również nieprawidłowości w zakresie przestrzegania stanu higieniczno – sanitarnego i porządkowego.

Mając na względzie prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie (art. 39 i art. 40 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*) sprawdzono sposób zabezpieczania przedmiotów oddanych do depozytu oraz sposób prowadzenia dokumentacji w ww. zakresie. W wyniku weryfikacji powyższego nie stwierdzono nieprawidłowości. Oryginały *kart depozytowych* – jak podała pielęgniarka - są wydawane pacjentom przekazującym rzeczy wartościowe do depozytu, co jest zgodne z § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2009 r. *w sprawie prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej*. Powyższe zostało potwierdzone przez pacjenta przyjętego w dniu 18 kwietnia br. do Oddziału Psychiatrycznego III.

## **2. Oddział Psychiatryczny (III):**

W dniu zbadania sprawy na miejscu w Oddziale Psychiatrycznym III Szpitala (stacjonarny oddział koedukacyjny) przebywało 36 pacjentów. Oddział posiada 32 łóżek rejestrowych.

Według informacji uzyskanych od personelu - w dniu zbadania sprawy na miejscu - w Oddziale świadczeń zdrowotnych udzielało:

- 2 lekarzy (tj.: ordynator: specjalista psychiatra, 1 lekarz w trakcie odbywania specjalizacji z psychiatrii);
- 1 psycholog;
- 4 pielęgniarki;

<sup>17</sup> Dz. U. z 2010 r. Nr 107, poz. 679 z późn. zm.



– 1 terapeuta zajęciowy.

Powyżej wskazany stan osób był zgodny z *Rozkładem pracy na miesiąc kwiecień 2013 r.* Wynik analizy porównawczej ww. *Rozkładu z Wykazem kwalifikacji i specjalizacji na dzień 31.12.2012 r.*, pozwala stwierdzić, iż Świadczeniodawca wywiązał się z realizacji wymagań określonych w Załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2011 r. *zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień*<sup>18</sup>.

Zgodnie z § 1 pkt 2 świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1 ww. rozporządzenia, obejmują, m.in.: świadczenia terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki.

Tym samym, pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta zweryfikowali możliwość korzystania przez pacjenta z zajęć terapeutycznych. Z informacji uzyskanych od personelu, pacjenci (zakwalifikowani przez lekarza do poszczególnych zajęć) pod nadzorem terapeuty zajęciowego – w ramach opracowanego programu terapeutycznego – uczestniczą w zajęciach. *Tygodniowy rozkład zajęć*, obejmujący m.in. takie zajęcia jak: kinezyterapia, trening umiejętności ekonomicznych, esteterapia, muzykoterapia, ludoterapia, jest udostępniony pacjentom. Przedmiotowy rozkład uwzględnia także zebranie społeczności terapeutycznej. Z relacji personelu jak i pacjentów podczas ww. zebrań są wybierani dyżurni do utrzymywania porządku w świetlicy. Powyższe odbywa się na zasadzie dobrowolnego zgłoszenia się osób do pełnienia ww. funkcji. Wskazane czynności polegające na uporządkowaniu przez pacjenta krzeseł, wytarciu stolików, nie są obowiązkowe.

Aktywność pacjenta w ww. zajęciach jest dokumentowana przez terapeutę zajęciowego w *Indywidualnej karcie terapii zajęciowej*, która stanowi załącznik do *historii choroby* pacjenta.

W ramach czynności sprawdzających zweryfikowano także dostępność pacjenta do świadczeń gwarantowanych, o których mowa w przywołanym przepisie § 3 ust. 1 pkt 1 ww. rozporządzenia, w szczególności do niezbędnych badań diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych. Z relacji personelu wynika, iż pacjenci nie mają ograniczeń w dostępie do ww. świadczeń ponieważ Oddział Psychiatryczny III funkcjonuje w ramach Zespołu Opieki Zdrowotnej, udzielającego świadczeń zdrowotnych wielospecjalistycznych.

<sup>18</sup> Poz. 5 Załącznika nr 1 - *Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych oraz warunki ich realizacji* - do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2011 r. (Dz. U. z 2011 r. Nr 101, poz. 583 z późn. zm.).

Powyższe potwierdził wynik analizy *historii choroby* pacjenta (tj.: Nr Ks. Gł. 15993/12; Nr Ks. Gł. 3181/13). Pacjentowi - z rozpoznaniem wstępnym: *CHAD – faza manii bez objawów psychiatrycznych* (F31.1) i chorobami współistniejącymi: *Zespół Wolffa-Parkinsona-White'a (zespół WPW), napadowy częstoskurcz nadkomorowy w wywiadzie* - w przebiegu hospitalizacji wykonano badania biochemiczne, badanie ekg, badanie rtg stawów biodrowych. Pacjent korzystał z konsultacji: kardiologicznej, ortopedycznej oraz stomatologicznej.

Mając na względzie prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia (art. 9 w zw. z art. 23 -26 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*) pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta zweryfikowali dokumentację medyczną (Nr Ks. Gł. 4198/2013; Nr Ks. Gł. 15993/12; Nr Ks. Gł. 3181/13) w zakresie jej prowadzenia zgodnie z wymaganiami określonymi przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania*.

Poddano analizie wpisy w ww. *historiach choroby* oraz jej załącznikach, tj.:

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

W wyniku analizy ww. dokumentów nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie sposobu dokumentowania zastosowanego środka przymusu bezpośredniego wobec pacjenta, tym samym spełnione zostały wymagania określone w przepisach ww. rozporządzenia.

Pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta zweryfikowali również procedurę przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego, o której mowa w ustawie *o ochronie zdrowia psychicznego* oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia *w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego*. Tym samym, analizie poddano indywidualną dokumentację medyczną dwóch pacjentów, tj.:

- 1) przyjętego do szpitala psychiatrycznego za jego pisemną zgodą na podstawie skierowania do szpitala (Nr Ks. Gł. 15993/12);
- 2) przyjętego do szpitala bez zgody, wymaganej w art. 22 ust. 1 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* (Nr Ks. Gł. 4208/2013);

Ad 1. Pacjent został przyjęty w trybie nagłym do szpitala psychiatrycznego i za zgodą, czyli na podstawie art. 22 ust. 1 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*. Powyższe

potwierdza złożone przez niego w formularzu *historii choroby* (Nr Ks. Gł. 15993/12) oświadczenie dotyczące zgody na przyjęcie do szpitala, poświadczony własnoręcznym podpisem.

Podczas pobytu w Oddziale Psychiatrycznym III pacjenta umieszczono w odcinku obserwacyjnym i podawano leki wbrew jego woli z zastosowaniem przymusu bezpośredniego w formie przytrzymania. Zatem wobec pacjenta przyjętego za zgodą (art. 22 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego) zastosowano postępowanie lecznicze, które stosuje się wobec osoby leczonej bez jej zgody (art. 33 ust. 1 oraz art. 34 ww. ustawy). Ponadto, podczas stosowania u chorego poszczególnych czynności leczniczych nie uwzględniono jego sprzeciwu (art. 17 ust. 4 cyt. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). W tym miejscu należy wskazać, iż wyrażenie pisemnej zgody pacjenta na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego nie jest równoznaczne z założeniem, że pacjent ten zgadza się na leczenie<sup>19</sup>. Cytując J. Dudę: „Zgoda ta nie może mieć charakteru blankietowego (odmiennie S. Dąbrowski, J. Pietrzykowski, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego...*, s. 126), gdyż musi dotyczyć konkretnej czynności oraz mieć charakter pozytywny (...)”. Zatem postępowanie lecznicze wobec osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego za zgodą odbywa się na podstawie akceptacji przez nią poszczególnych czynności leczniczych. W sytuacji sprzeciwu istnieją trzy możliwe rozwiązania: wypisanie pacjenta, gdy brak jest bezwzględnych wskazań do leczenia, oczekiwanie na zmianę stanowiska, gdy są względne wskazania oraz zmiana statusu pacjenta przyjętego za zgodą (art. 22 ust. 1) na przyjętego bez zgody (art. 28 lub art. 29), gdy wystąpią odpowiednie przesłanki medyczne i behawioralne.

W odniesieniu do sytuacji wskazanego pacjenta, istotne ma tu znaczenie przywołanie art. 28 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, który stanowi: „jeżeli zachowanie osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego za zgodą wymaganą w art. 22 wskazuje na to, że zachodzą okoliczności określone w art. 23 ust. 1, a zgoda ta została cofnięta, stosuje się odpowiednio przepisy art. 23 ust. 2-5 oraz art. 25-27”. W *historii choroby* odnotowano zmianę trybu pobytu ww. pacjenta w szpitalu, o którym mowa w art. 28 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz obecność sędziego w Oddziale. Wskazano, iż pacjent w obecności sędziego wyraził zgodę na pobyt w szpitalu. Niemniej brak załączników w *historii choroby*, takich jak:

---

<sup>19</sup> Juliusz Duda, *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, Wydanie 2, Komentarze LexisNexis Warszawa 2009, s 126.

- zawiadomienia kierownika szpitala psychiatrycznego o przyjęciu do szpitala lub zatrzymaniu w szpitalu osoby chorej psychicznie lub z zaburzeniami psychicznymi bez jej zgody,
- zawiadomienia sądu rejonowego o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego,

wskazuje na nie przestrzeganie przez Świadczeniodawcę procedury przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego zgodnie z przepisami ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego. Powyższe, wpisuje się w naruszenie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych (...), o którym mowa w art. 8 w zw. z art. 24 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Ad 2. W wyniku analizy historii choroby pacjenta z rozpoznaniem: *organiczne zaburzenia psychotyczne (F06.2)* przyjętego do szpitala psychiatrycznego na mocy art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, stwierdzono brak następujących załączników do historii choroby (Nr Ks. Gł. 4208/2013), tj.:

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

Wskazany brak ww. dokumentów – analogicznie do ww. omawianego przypadku – może wskazywać na nie przestrzeganie przez Świadczeniodawcę procedury przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego.

Podczas zbadania sprawy na miejscu stwierdzono, iż pacjenci nie wnosili uwag dotyczących sposobu żywienia. Wskazali, iż jest możliwość otrzymania dodatkowej porcji zupy lub pieczywa. Jadłospisy tygodniowe są udostępnione pacjentom. Z zapewnień personelu, wynika, że indywidualna dieta każdego pacjenta ustalana jest przez lekarza - z uwzględnieniem stanu zdrowia.

Mając na względzie prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, o którym mowa w art. 33 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, warto wskazać, że pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami. Tym samym na miejscu

zweryfikowano, czy w wizytowanym Oddziale jest realizowane ww. prawo pacjenta. Z rozmowy z personelem ustalono, iż pacjenci nie mają żadnych ograniczeń w zakresie korzystania z telefonu. Aparat jest usytuowany w korytarzu. Również nie ma ograniczeń wobec osób bliskich do odwiedzin pacjentów. Tym samym, należy stwierdzić, iż prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego jest realizowane przez ww. podmiot leczniczy.

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej (art. 36 *ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*) jest w pełni realizowane przez Świadczeniodawcę. Pacjentów systematycznie odwiedza duszpasterz. Ponadto, pacjenci mający wolne wyjścia (w tym pod opieką personelu) mogą uczestniczyć co niedzielę we mszy świętej w kaplicy, która znajduje się na terenie Szpitala.

Pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta mając na względzie prawo 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*) oraz przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* ustalili, co następuje:

Pomieszczenia Oddziału Psychiatrycznego III będące w złym stanie sanitarno-technicznym, wymagają generalnego remontu. Stwierdzono:

- ściany z ubytkami tynku, w tym odpadającą farbą,
- stolarka drzwiowa z ubytkami,
- grzejniki z widoczną korozją,
- ubytki i pęknięcia glazury w pomieszczeniach sanitarno-higienicznych;
- silikonowe uszczelnienia armatury sanitarnej oraz fugi między kafelkami z widoczną pleśnią.

W pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych stwierdzono:

- brak dozowników z mydłem w płynie oraz pojemników z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemników na zużyte ręczniki.

Stan mebli będących na wyposażeniu sal chorych (łóżka, krzesła, fotele, stoliki, z ubytkami farby i drewna/okleiny), nie pozwala spełnić wymagania określonego w przepisie § 27 ust. 1 powołanego rozporządzenia, zgodnie z którym meble w pomieszczeniach podmiotu wykonującego działalność leczniczą umożliwiają ich mycie oraz dezynfekcję.

Personel wskazał, iż sukcesywnie podejmowane są przez Dyрекcję Szpitala działania w zakresie poprawy warunków bytowych pacjentów. Wskazano, iż w ostatnim czasie zostały wymienione szafki przyłózkowe.

W Oddziale pomieszczenia sanitarno-higieniczne nie były utrzymane w należywym stanie higieniczno – sanitarnym i porządkowym.

Ponadto, zwrócono uwagę na znaczne zagęszczenie łózek, w szczególności w wydzielonej części Oddziału, tj. odcinka obserwacyjnym. Powyższe uniemożliwia dostęp do łózek pacjentów z trzech stron, tym samym niespełniony został wymóg określony w § 18-20 przywołanego rozporządzenia. Zgodnie z przytoczonym przepisem „*łóżka w pokojach pacjentów powinny być dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych*”. Łóżka są ustawione w salach w sposób uniemożliwiający ich wyprowadzenie bez konieczności przesuwania łózek sąsiednich, a niekiedy nawet mebli znajdujących się w salach (w tym sale przechodnie).

W wyniku oględzin pomieszczeń przedmiotowego Oddziału stwierdzono brak jadalni, co jest niezgodne z pkt 2 rozdziału VIII załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Część pacjentów spożywa posiłki przy stolikach, usytuowanych w korytarzu, czyli ciągu komunikacyjnym Oddziału. Pozostali pacjenci – jak podaje personel – „*będący w wyrównanym stanie zdrowia*” korzystają z jadalni wspólnej dla czterech oddziałów, funkcjonującej poza przedmiotowym Oddziałem.

W trakcie oględzin pomieszczeń Oddziału stwierdzono wywiązanie się Świadczeniodawcy z realizacji dyspozycji art. 11 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w zw. z art. 10a ust. 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Na tablicy ogłoszeń wyeksponowano informacje dotyczące danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta, praw pacjenta, trybu składania skarg i wniosków oraz możliwości kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

### **3. Oddział Odwykowy:**

W dniu zbadania sprawy na miejscu w Oddziale Odwykowym (stacjonarny oddział męski) przebywało 31 pacjentów. Liczba łózek rejestrowych - 35.

Z relacji Kierownika w ww. Oddziale świadczeń zdrowotnych udziela:

- 1 lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii – ordynator,

- 1 specjalista psychoterapii i uzależnień, socjolog – zastępca kierownika Oddziału;
- 10 pielęgniarek,
- 5 terapeutów (w tym 2 psychologów, 2 instruktorów terapii uzależnień ubiegających się o uzyskanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, 1 w trakcie odbywania specjalizacji z psychoterapii).

*Grafik pracy ww. personelu nie wykazał nieprawidłowości w zakresie wymagań określonych w Załączniku<sup>20</sup> nr 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2011 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.*

Mając na względzie powyższe oraz prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1 cyt. ustawy) zweryfikowano dostępny dla pacjentów *program terapeutyczny*.

W ramach ww. *programu* są podejmowane – z relacji kadry medycznej - działania edukacyjne pacjentów dotyczące m.in.: objawów choroby, mechanizmów psychologicznych uzależnienia, skutków somatycznych i psychicznych wynikających z wieloletniego nadużywania alkoholu. Pacjenci w wyniku prowadzonych zajęć nabywają umiejętności radzenia sobie z uzależnieniem w oparciu o własne systemy wsparcia w sytuacjach stresu i kryzysu. Ponadto, pacjenci są motywowani do kontynuacji terapii w programach szpitalnych lub innych formach ambulatoryjnych placówek odwykowych.

Powyższe, wskazuje, iż Świadczeniodawca w pełni wywiązuje się z realizacji ww. prawa pacjenta.

Podczas czynności sprawdzających pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta dokonując oględzin pomieszczeń Oddziału dwukondygnacyjnego stwierdzili naruszenia w zakresie realizacji 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*) oraz przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*. Powyższe odnosi się do pomieszczeń sanitarno – higienicznych, będących w złym stanie sanitarno-technicznym. Zakres

<sup>20</sup> wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych leczenia uzależnień oraz warunki ich realizacji - w brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 4 lit. a rozporządzenia.

stwierdzonych nieprawidłowości w ww. zakresie nie różni się od opisanych powyżej ustaleń w Oddziale Psychiatrycznym III.

Wyniki przeprowadzonego zbadania sprawy na miejscu w ww. Oddziale, w zakresie praw pacjenta, określonych w przepisach art. 11, art. 33, art. 36, art. 40 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta są analogiczne do ustaleń w Oddziale Psychiatrycznym III - i nie budzą zastrzeżeń pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

#### **4. Oddział Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu:**

W dniu badania sprawy na miejscu w Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu 35 łóżkowym przebywało 28 pacjentów - osadzonych na mocy orzeczenia sądowego o zastosowaniu środka zabezpieczającego.

Z relacji personelu, w ww. Oddziale zatrudnionych jest:

- 2 lekarzy specjalistów psychiatrów, w tym ordynator;
- 1 psycholog;
- 13 pielęgniarek/pielęgniarzy;
- 3 terapeutów zajęciowych;
- 12 salowych/sanitariuszy.

W wyniku analizy *grafików dyżurów* personelu, stwierdzono, iż liczba osób zatrudnionych w ww. Oddziale nie spełnia wymagań określonych w §1 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2013 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu *psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających*<sup>21</sup>. Zgodnie z przywołanym przepisem „zakłady psychiatryczne dysponujące warunkami wzmocnionego zabezpieczenia zapewniają stałą obecność personelu, w tym personelu ochrony, na terenie zakładu albo w przypadku dysponowania warunkami wzmocnionego zabezpieczenia w części zakładu – w tej części zakładu, w godzinach dziennych (od godziny 7<sup>00</sup> do 22<sup>00</sup>) w liczbie nie mniejszej niż 1/3 pojemności odpowiednio zakładu albo części zakładu i w godzinach nocnych (od godziny 22<sup>00</sup> do 7<sup>00</sup>) w liczbie nie mniejszej niż 1/6 pojemności odpowiednio zakładu albo części zakładu”.

---

<sup>21</sup> Dz. U z 2013 r. poz. 64.

B



Powyższe ma na celu zapewnienie bezpieczeństwa nie tylko pacjentom hospitalizowanym, ale również pozostałym osobom, przebywającym na terenie podmiotu leczniczego.

Pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta mając na względzie prawo 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*) dokonali oględzin pomieszczeń Oddziału. Oddział dysponuje warunkami, zapewniającymi stały nadzór nad sprawcami przebywającymi na mocy postanowienia sądu, tj.:

- posiada drzwi i okna wyposażone w urządzenia uniemożliwiające sprawcom samowolne opuszczenie Oddziału;
- jest wyposażony w system telewizji wewnętrznej umożliwiający obserwację drzwi wejściowych, okien zewnętrznych, sal ogólnych, izolatki i korytarza.

Powyższe wskazuje, iż Świadczeniodawca wywiązał się z realizacji przepisów § 3 - § 4 ust. 1 pkt lit a) rozporządzenia 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, wynik oględzin pomieszczeń Oddziału, tj.: sal pacjentów, pomieszczeń sanitarno - higienicznych, jadalni, pracowni terapii zajęciowej nie budził zastrzeżeń pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta pod względem wyposażenia i utrzymania stanu sanitarno - higienicznego. Niemniej zwrócono uwagę na zagrzybienie sufitu w Sali nr 25 oraz w łazience (kabina prysznicowa), powstałe - jak podał personel - w wyniku przeciekającego dachu.

Zwrócono uwagę na ubogą infrastrukturę terenu przynależnego do Oddziału, przeznaczonego do odbywania zajęć rekreacyjnych przez pacjentów. Wskazany teren - utwardzony kostką brukową - daje bardzo ograniczone możliwości podejmowania przez pacjentów form aktywności. Tym samym, należy wskazać, iż Świadczeniodawca nie wywiązał się w pełni z realizacji prawa pacjenta, określonego w art. 8 zd. 1 *ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

Mając na względzie prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1 cyt. ustawy) zweryfikowano dostęp

pacjenta do świadczeń gwarantowanych, o których mowa w przywołanym przepisie § 3 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, w szczególności dostęp pacjenta do niezbędnych badań diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych.

Powyższe potwierdził wynik analizy *historii choroby* pacjenta (Nr Ks. Gł. 1577/12; Nr Ks. Gł. 2808/13). Pacjent z rozpoznaniem zasadniczym: *organiczne zaburzenia urojeniowe* oraz z współistniejącymi chorobami: *choroba niedokrwienno-mięśniowa serca, napadowy częstoskurcz nadkomorowy, stan po przebyciu eozynofilnego i kryptogennego zapalenia płuc*, w przebiegu hospitalizacji miał wykonywane m.in. badania biochemiczne, badanie rtg klatki piersiowej, pozostawał również pod stałą opieką specjalisty chorób płuc. Wskazanego pacjenta wypisywano ze szpitala w celu możliwości leczenia ww. chorób w Specjalistycznym Zespole Gruźlicy i Chorób Płuc w Rzeszowie.

Mając na uwadze ww. prawo pacjenta oraz przepis art. 202 *kodeksu karnego wykonawczego*, zgodnie z którym „sprawcę, wobec którego wykonywany jest środek zabezpieczający, obejmuje się postępowaniem leczniczym, terapeutycznym i rehabilitacyjnym, a także resocjalizacyjnym, którego celem jest poprawa stanu jego zdrowia i zachowania, w stopniu umożliwiającym powrót do życia w społeczeństwie i dalsze leczenie w warunkach poza zakładem” – zweryfikowano udostępniony pacjentom *Harmonogram tygodniowy zajęć rehabilitacyjnych w Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu*.

W przedmiotowym *Harmonogramie* wyszczególniono m.in. takie formy zajęć jak: psychoterapia indywidualna, terapia zajęciowa, spacer, gimnastyka ruchowa, farmakoterapia, rehabilitacja, socjoterapia, ćwiczenia relaksacyjne, trening umiejętności społecznych, muzykoterapia, kolarz, biblioterapia.

Podczas spotkania z pracownikami Biura Rzecznika Praw Pacjenta, pacjenci wymienili następujące formy zajęć, w jakich uczestniczą, tj.: słuchanie radia jako muzykoterapię, czytanie książek jako biblioterapię, oglądanie filmów jako filmoterapię i zajęcia ruchowe (w tym spacer, gimnastyka poranna) oraz udział w terapii zajęciowej.

Wskazany przez pacjentów sposób prowadzenia muzykoterapii, biblioterapii oraz filmoterapii budzi zastrzeżenia kontrolujących z uwagi na brak m.in. określenia celu terapeutycznego tych zajęć, weryfikacji efektów, ukierunkowania terapeutycznego indywidualnego lub grupowego oraz braku moderowanej dyskusji grupowej.

Z rozmów z pacjentami wynikało, iż zajęcia terapeutyczne polegają głównie na możliwości dokonania zakupów i uczestniczeniu w zajęciach ruchowych.

Warto w tym miejscu podnieść, iż w doktrynie przedmiotu, terapia zajęciowa jest formą psychoterapii (...), pozwala na wykorzystanie aktywności chorych w leczeniu zaburzeń psychicznych (...), dostarcza pacjentowi wielu okazji do kierowania własną aktywnością i eksperymentowania w odgrywaniu nowych ról, w pokonywaniu bierności i zależności od otoczenia<sup>22</sup>. Ponadto podnosi się, iż „zajęcia terapeutyczne dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjentów powinny być integralną częścią postępowania leczniczo-rehabilitacyjnego<sup>23</sup>”. Dobór metod oddziaływań terapeutycznych ustala się na podstawie określonych deficytów, potrzeb i możliwości poznawczych pacjenta. Takiej analizy dokonują członkowie zespołu rehabilitacyjnego, tj. lekarz, psycholog, pielęgniarka, terapeuta zajęciowy. Należy podnieść, iż w *rozkładach dnia zajęć rehabilitacyjnych* powinny być uwzględniane różnorodne formy zajęć, obejmujące zajęcia indywidualne i grupowe.

Dobór zajęć powinien uwzględniać aktualny stan psychiczny, możliwości fizyczne i poziom społeczno-kulturalny pacjenta. Terapia zajęciowa stanowi tę formę rehabilitacji w psychiatrii, która stwarza pacjentom najmniej trudności i wymagań, a więc powinna być stosowana przede wszystkim w najcięższych przypadkach. W wyniku rozmów z pacjentami, uzyskano informacje odnośnie braku systemu motywacyjnego (nagradzania za aktywne uczestnictwo w zajęciach). Wykazany stan faktyczny zubaża możliwość twórczego realizowania programu zajęć terapeutycznych.

W odniesieniu do powyższego zweryfikowano dokumentację medyczną pacjenta (Nr Ks. Gł. 1577/12; Nr Ks. Gł. 2808/13) w celu oceny udziału pacjenta w indywidualnym programie terapeutycznym. Wynik analizy *dokumentacji indywidualnej opieki terapeutycznej nad pacjentem oraz karty terapii zajęciowej* wskazuje, iż pacjent uczestniczył w następujących zajęciach: spacer, muzykoterapia i filmoterapia. Aktywność pacjenta w ww. zajęciach oceniono – jako „bierną” i nie wskazano planów/działań w zakresie zmotywowania pacjenta do udziału w zajęciach.

Mając na względzie prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia (art. 9 w zw. z art. 23 - 26 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*) pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta zweryfikowali dokumentację medyczną (Nr Ks. Gł. 2812/13) w zakresie jej prowadzenia zgodnie z wymaganiami określonych przepisami

<sup>22</sup> J. Meder, *Rehabilitacja*, [w]: *Psychiatria Tom III Terapia Zagadnienia etyczne, prawne, organizacyjne i społeczne; pod redakcją A. Bilikiewicza, S. Pużyńskiego, J. Rybakowskiego, J. Wciórki*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner Wrocław 2003. s.315.

<sup>23</sup> S. Dąbrowski, [w]: *S. Dąbrowski, J. Pietrzykowski, ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Warszawa 1997. s. 103.

rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania.

Poddano analizie wpisy w ww. historii choroby oraz jej załącznikach, tj.:

- kartach zastosowania unieruchomienia lub izolacji,
- kartach obserwacji (oznaczenia – KOD),
- zawiadomieniach kierownika o zastosowaniu przymusu bezpośredniego na podstawie art. 18 ust. 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

W wyniku analizy ww. dokumentacji stwierdzono, iż wobec pacjenta stosowano przymus bezpośredni w formie izolacji od dnia 27.03.2013 r godz. 22<sup>30</sup> do dnia 2.04.2013 r. godz. 9<sup>00</sup> (tj. przez 130 godzin i 30 minut). Jako powód zastosowania ww. środka w każdej z 6 Kart zastosowania unieruchomienia lub izolacji odnotowano, cyt: „płaczliwy w widocznym silnym niepokoju, prawdopodobnie halucynuje, nie nawiązuje kontaktu słownego, zagrożenie próbą samobójczą”. Personel podnosił, iż ww. izolację stosowano „na życzenie pacjenta”.

W tym miejscu warto wskazać, iż zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia albo osoby te:

1) dopuszczają się zamachu przeciwko:

- a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub
- b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub

2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkodzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub

3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

W ustępie 1 przytoczonego artykułu przewidziano cztery główne wskazania, a więc przesłanki stosowania przymusu bezpośredniego. Zatem w odniesieniu do powyższego oraz opisanego wyżej przypadku, wynik analizy ww. dokumentacji medycznej pacjenta wskazuje, iż użycie określeń „zagrożenie próbą samobójczą” jest zbyt ogólne, nie przedstawia konkretnych zachowań pacjenta, które można byłoby uznać za „dopuszczenie się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu”. Ponadto, należy wskazać, iż stosowanie środka przymusu bezpośredniego wobec pacjenta w celach prewencyjnych jest sprzeczne z ww. przepisami prawa. W omawianej dokumentacji brakuje informacji odnośnie:

- zlecenia lekarza o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w formie izolacji na czas nie dłuższy niż 4 godziny. Lekarz, po osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi, może przedłużyć stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na następne dwa okresy nie dłuższe niż 6-godzinne (§ 4 ust. 2, ust. 4 rozporządzenia w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania);
- dalszego przedłużenia stosowania tego środka przymusu bezpośredniego na kolejne okresy nie dłuższe niż 6-godzinne oraz adnotacji o uzyskaniu opinii innego lekarza będącego lekarzem psychiatrą (§ 4 ust. 5 ww. rozporządzenia).

Wskazane nieprawidłowości w zakresie sposobu dokumentowania zastosowanego środka przymusu bezpośredniego wobec pacjenta, dają podstawy do stwierdzenia, iż Świadczeniodawca nie wywiązał się z realizacji prawa pacjenta, o którym mowa w art. 9 w zw. z art. 23 -26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

Ponadto, pomieszczenie do stosowania przymusu bezpośredniego w formie izolacji nie spełnia wymagań, określonych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w zakresie braku dostępu do pomieszczenia higieniczno - sanitarnego, wyposażonego dodatkowo w miskę ustępową, natrysk i umywalkę, odporne na umyślne zniszczenia (pkt 6 ppkt 2 rozdział VIII załącznika ww. rozporządzenia).

W kontekście omawianego prawa pacjenta poddano analizie *Karty zleceń lekarskich*. Powyższe było uzasadnione m.in. informacją uzyskaną od personelu pielęgniarskiego o stosowaniu dyspozycji (w formie ogłoszenia) Ordynatora Oddziału, tj. cyt.: „*Rozpuszczamy wszystkie leki! Również nasenne, warunkowe. Jedyne w przypadku zlecenia Ordynatora można podać lek nierozpuszczony. Tertensif Sr tabletki nie należy rozpuszczać! Pernazyne rozpuszczamy 15 minut przed podaniem – rozpuszczona wcześniej – traci właściwości – nie działa!!!*”

Niemniej w żadnej z losowo wybranych *Kart zleceń lekarskich* (Nr Ks. Gł. 7702/13; Nr Ks. Gł. 4052/13; Nr Ks. Gł. 15331/12) nie stwierdzono, by lekarz dokonał wpisu odnośnie ww. zlecenia, tj. uzasadnienia konieczności przyjmowania przez pacjenta leków w postaci rozpuszczonej.

Z uwagi na ww. praktykę – zwrócono się do Konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii o opinię w ww. zakresie, w szczególności czy opisana praktyka nie narusza prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy

medycznej (art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Rzeczone opinie w ww. zakresie zostaną uwzględnione w ocenie sposobu przestrzegania przez Świadczeniodawcę ww. prawa.

Ponadto, w wyniku analizy ww. Kart stwierdzono, że są prowadzone w sposób uniemożliwiający jednoznaczną identyfikację osoby wykonującej zlecenie, co jest niezgodne z §18 ust. 4 w zw. z §10 ust. 1 pkt 3 lit a-e) rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

W przekazanej dokumentacji pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu brakowało załączników, takich jak: postanowienia sądu, opinii sądowno - psychiatrycznych.

Pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta zweryfikowali sposób przestrzegania prawa pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, o którym mowa w art. 33 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Powołany przepis stanowi, iż „pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami.”

W oddziale zapewniono pacjentom dostęp do samoinkasującego aparatu telefonicznego. Ponadto pacjenci mogą korzystać z własnych telefonów komórkowych, z zastrzeżeniem, że aparaty nie posiadają funkcji mobilnych. W nawiązaniu do powyższego oraz biorąc pod uwagę specyfikę oddziału, warto w tym miejscu przytoczyć opinie konsultantów w dziedzinie psychiatrii, którzy przedmiotowe zagadnienie przedstawiają w następujący sposób:

Pani Ewa Bartecka - Piłsiewicz, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychiatrii dla województwa dolnośląskiego, podnosi cyt.: „jednym z podstawowych zobowiązań zakładu opieki zdrowotnej wobec chorego jest zapewnienie mu bezpieczeństwa pobytu. Szpital psychiatryczny ma szersze obowiązki niż zwykły Szpital, pacjenci wymagają tutaj ściślejszego nadzoru (...) - na podstawie "Prawo Medyczne" - M. Nestorowicz. Brak takich środków zabezpieczających będzie poczytany jako "wina organizacyjna" zakładu opieki zdrowotnej (...). Warunkiem niezbędnym do przestrzegania odpowiednich środków zabezpieczających w oddziałach psychiatrycznych jest stały nadzór fachowego, doświadczonego personelu (...). Reasumując uważam, że posiadanie wyżej wymienionych przedmiotów (zwłaszcza przewodów, zasilaczy, kabli) przez pacjentów tzw. ostrych

*oddziałów psychiatrycznych, gdzie trzeba się liczyć z odmiennymi reakcjami niż u ludzi zdrowych psychicznie jest niedopuszczalne. Jeśli chodzi o pacjentów w oddziałach tzw. terapeutycznych, personel tych oddziałów musi być bardzo uwrażliwiony na taki problem i stale nadzorować pacjentów”.*

Pan dr n. med. Maciej Kuligowski, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychiatrii dla województwa podkarpackiego podaje, iż „zakazy posiadania i używania takich telefonów przez pacjentów oraz odwiedzających, związane są z faktem, iż większość telefonów ma możliwość nagrywania audio i wideo oraz można nimi robić zdjęcia. Oddział psychiatryczny jest miejscem, gdzie intymność powinna być szczególnie chroniona. Niejednokrotnie w Internecie można znaleźć filmy zrobione z ukrycia przez nieodpowiedzialnych, często bezkrytycznych chorych. Ponadto, spora część pacjentów w okresie psychozy jest uwrażliwiona na wszelkie urządzenia typu RTV w związku z urojeniami prześladowczymi, ksobnymi i używanie telefonów przez innych, może być przyczyną lęku czy wrogich zachowań. W każdym oddziale istnieje możliwość korzystania z telefonów stacjonarnych na kartę i w mojej ocenie jest to rozwiązanie wystarczające. Ponadto w przypadkach wyjątkowych (np. pacjent leżący po próbie samobójczej, unieruchomiony w związku z licznymi złamaniami) istnieje możliwość za zgodą ordynatora korzystania z telefonu przy łóżku chorego”.

Konkludując, należy wskazać, iż przytoczone opinie wskazują, że wprowadzane przez personel medyczny „ograniczenia” do korzystania przez pacjentów z urządzeń mobilnych powinno wiązać się z indywidualną oceną stanu zdrowia psychicznego pacjenta.

Ponadto, zwrócono uwagę na wpis o treści „*odwiedzający musi mieć ukończony 14 rok życia*” w *Regulaminie Organizacyjno-Porządkowym Oddziału Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu*.<sup>24</sup> Ponieważ wizytowany Oddział dysponuje warunkami lokalowymi (pokój odwiedzin), tym samym nie zrozumiały jest ww. zakaz wobec przedmiotowej grupy odwiedzających.

W tym miejscu należy wskazać, iż dr n. med. D. Hajdukiewicz w publikacji *Orzecznictwo Sądowe – Psychiatryczne w Medycyna Praktyczna – Psychiatria 2/2012* podnosi, iż przedmiotowe obostrzenia wobec omawianego prawa pacjenta mają uzasadnienie w przypadku pacjenta przebywającego w szpitalu psychiatrycznym jako aresztowany. *Możliwość jego kontaktów z otoczeniem jest określana przez przepisy odpowiednich kodeksów karnych. Gdy postępowanie przygotowawcze nie jest zakończone, to Prokurator, któremu taka*

<sup>24</sup> Załącznik Nr 1 do Zarządzenia wewnętrznego Nr 22/2010 Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dębicy z dnia 29 stycznia 2010 r.

osoba podlega, zwykle nie wyraża zgody na kontakty telefoniczne, zaś decyzje o odwiedzinach podejmuje Prokurator i przedstawia ją na piśmie. Także listy takiego pacjenta (o czym musi być poinformowany) kierowane są do prokuratury, która decyduje o ich zatrzymaniu, względnie przesłaniu do adresata. Podobne postępowanie dotyczy osoby aresztowanej, przebywającej na obserwacji, natomiast osoba obserwowana, wobec której nie zastosowano aresztu, w zakresie poszanowania życia prywatnego traktowana jest jak pozostali pacjenci leczeni w szpitalu, chyba że organ procesowy postawi wobec niej jakieś konkretne wymagania.”

Podczas rozmów pacjenci wskazali, iż korespondencję do wysłania przekazują personelowi. Z uwagi, iż pacjenci nie otrzymują potwierdzenia wysłanej korespondencji (czyli tzw. zwrotki), nie mają pewności, że korespondencja została faktycznie wysłana. Powyższe wskazuje, iż zachodzi potrzeba opracowania do stosowania stosownych procedur w ww. zakresie.

Mając na względzie prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie (art. 39 i art. 40 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) sprawdzono w wizytowanym Oddziale sposób zabezpieczania przedmiotów oddanych do depozytu oraz sposób prowadzenia dokumentacji w ww. zakresie. W wyniku weryfikacji powyższego, stwierdzono, iż oryginały kart depozytowych nie są wydawane pacjentom przekazującym rzeczy wartościowe do depozytu, co jest niezgodne z § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2009 r. w sprawie prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej.

W Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu prowadzone są formularze, w których odnotowywany jest wpływ środków pieniężnych pacjenta (renty, zasiłki, etc.) oraz rozchód ww. wpływów. W przedmiotowych dokumentach nie zawsze wpływ jak i wypłata środków pieniężnych jest potwierdzana podpisem pacjenta (przykład: formularz Nr Ks. Gł. 18618/09). Z uwagi, na fakt, iż pacjenci przebywają w ww. Oddziale przez długi okres czasu (nawet do kilku lat) i otrzymują stałe wpływy źródła dochodu, tym samym pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta mają zastrzeżenia co do sposobu prowadzenia ww. dokumentacji. Wskazane środki pieniężne – w ocenie pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta - powinny być zabezpieczone na koncie depozytowym Szpitala.

Ponadto, podczas czynności zbadania sprawy na miejscu, pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta mieli zastrzeżenia odnośnie sposobu prowadzenia dokumentacji w zakresie księgowania rozchodu środków pieniężnych pacjentów, w szczególności przeznaczanych na bieżące zakupy pacjentów (brak faktur, paragonów).



Ponadto, w omawianym Oddziale jest prowadzony *zeszyt depozytów rzeczowych* pacjentów, w którym wyszczególniony jest spis rzeczy przekazywanych przez pacjenta do depozytu, co jest poświadczane przez niego własnoręcznym podpisem oraz podpisem osoby przyjmującej rzeczy do depozytu. Niemniej pacjent nie otrzymuje potwierdzenia przekazania rzeczy do depozytu w Szpitalu.

W odniesieniu do powyższego należy wskazać, iż w ww. podmiocie leczniczym Zarządzeniem wewnętrznym 154/2011 Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dębicy z dnia 28 czerwca 2011 r. wprowadzono *Instrukcję w sprawie trybu postępowania z depozytami wartościowych rzeczy pacjentów w szpitalu*, zgodą z powołanym rozporządzeniem. Niemniej opisana powyżej praktyka daje podstawy do stwierdzenia, iż personel nie realizuje w pełni prawa pacjenta, określonego w art. 39 i art. 40 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

Ponadto, w celu uzyskania informacji na temat właściwych metod i okoliczności kontrolowania pacjentów, pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta przeprowadzili rozmowy z pacjentami, w wyniku których uzyskano informację o prowadzonych przez personel „*rutynowych kontrolach rzeczy osobistych pacjentów*.” Powyższe potwierdził wynik weryfikacji *historii choroby* pacjenta, do której załączono pismo informujące o przeprowadzeniu wobec jego osoby czynności kontrolnych. W rzeczonym dokumencie wskazano cel kontroli: „*rutynowa kontrola na obecność przedmiotów zabronionych w osobistych rzeczach pacjenta w sali chorych*” oraz informację o możliwości zaskarżenia tej decyzji do sądu penitencjarnego.

Wskazana procedura, w szczególności w zakresie sposobu informowania pacjenta o ww. działaniach nie budzi zastrzeżeń pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

**Ponadto należy podnieść, iż w żadnym z wizytowanych przez pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta Oddziałów, pacjenci nie wnosili uwag/skarg dotyczących nieetycznych zachowań personelu. Głośno wyrażali zadowolenie z pobytu w ww. Oddziałach, podkreślając, że personel jest przyjaźnie i życzliwie do nich nastawiony (art. 8 zd. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).**

## V. Wnioski

W wyniku przeprowadzonych działań należy stwierdzić, iż Dyrekcja Zakładu Opieki Zdrowotnej w Dębicy podejmuje stosowne działania w zakresie pozyskania środków

finansowych w celu poprawy warunków udzielania świadczeń zdrowotnych w kontekście realizacji praw pacjenta – co zasługuje na szczególne podkreślenie.

Niemniej, zidentyfikowane nieprawidłowości wskazują na naruszenia 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);
- poszanowania życia prywatnego i rodzinnego (art. 33 ust. 1 ww. ustawy);
- poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 20 ust. 1 ww. ustawy);
- przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie (art. 39 i art. 40 ww. ustawy);
- informacji o swoim stanie zdrowia (art. 9 w zw. z art. 23 -26 ww. ustawy).

## VI. Zalecenia

- 1) Dostosowanie pomieszczeń do wymagań uregulowanych w rozporządzeniu *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*;
- 2) Doposażenie pomieszczeń sanitarno-higienicznych w dozowniki z mydłem i pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia;
- 3) Zaangażowanie personelu w organizację planu dnia pacjentów, w tym opracowanie i wdrożenie indywidualnego planu zajęć terapeutycznych dla pacjentów;
- 4) Umożliwienie osobom bliskim, w tym osobom poniżej 14 r. ż. odwiedzin pacjentów, hospitalizowanych w Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu;
- 5) Uregulowanie kwestii związanej z telefonami komórkowymi w *Regulaminie Organizacyjno - Porządkowym Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu*;
- 6) Opracowanie procedury w zakresie wysyłania korespondencji pacjentów;
- 7) Usunięcie z tablic informacyjnych wszelkich ogłoszeń, komunikatów niedatowanych, niepodpisanych, sprzecznych z obowiązującym prawem;
- 8) Wydawanie oryginału karty depozytowej pacjentom przekazującym rzeczy wartościowe do depozytu;

- 9) Opracowanie procedury w zakresie czynności administracyjnych w sprawie rozliczeń finansowych związanych z prowadzeniem depozytu środków pieniężnych pacjentów przebywających w Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu;
- 10) Zapewnienie obsady personelu w Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu, zgodnie z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu w sprawie wykazu *psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających*;
- 11) Zorganizowanie dla personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów rozporządzenia *sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*;
- 12) Zorganizowanie dla personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* i ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*.

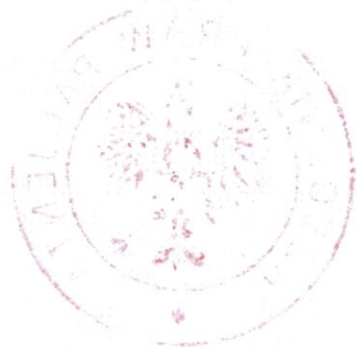


RADCA  
RZECZNIKA PRAW PACJENTA

*Beata Wróblewska*

KIEROWNIK ZESPOŁU  
ds. Zdrowia Psychicznego

*Grzegorz Błażewicz*



UNIVERSITY OF WASHINGTON  
LIBRARY

W. W. C.

**Protokół ze zbadania sprawy na miejscu został przekazany do:**

- 1) Pana Przemysława Wojtys, Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dębicy;  
ul. Krakowska 91, 39-200 Dębica;
- 2) Pana Władysława Bielawy, Starosty Powiatu Dębickiego; Starostwo Powiatowe,  
ul. Parkowa 28, 32-200 Dębica;
- 3) Pana dr n. med. Macieja Kuligowskiego, Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie  
Psychiatrii; Centrum Zdrowia Psychicznego, ul. 3- go Maja 59, 37-700 Przemyśl;
- 4) Pana Szczepana Jędrała, Podkarpackiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora  
Sanitarnego; Wojewódzka Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Rzeszowie,  
ul. Wierzbowa 16, 35-959 Rzeszów;
- 5) Pani Grażyny Hejda, Dyrektora Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Zamkowa 8, 35-032 Rzeszów;
- 6) Pana Bartosza Arłukowicza, Ministra Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa;
- 7) Pani prof. dr hab. Ireny Lipowicz, Rzecznika Praw Obywatelskich; Al. Solidarności  
77, 00-090 Warszawa.

