

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

RzPP-SRzPP-0932-7-5/BW/AST/WK/2013

Warszawa 14. 08. 2013 r.

Protokół ze zbadania sprawy na miejscu

przez pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta w dniach 17 – 18 czerwca 2013 r. w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim (dalej: SPSzW¹ lub 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*². 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 17 – 18 czerwca 2013 r. czynności sprawdzające zostały przeprowadzone przez:

1. Panią Beatę Wróblewską – Radcę Rzecznika Praw Pacjenta,
2. Panią Agnieszkę Stępską – Specjalistę w Zespole ds. Zdrowia Psychicznego,
3. Panią Wioletę Kotwas – Specjalistę w Zespole ds. Zdrowia Psychicznego.

¹ § 1 pkt 2 Statutu Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim.

² Tj. Dz. U. z 2012 r., poz. 159, poz. 742.

Osoby badające sprawę na miejscu posiadały stosowne upoważnienia udzielone przez Rzecznika Praw Pacjenta³.

II. Ustalenia dotyczące podmiotu leczniczego

Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim jest podmiotem leczniczym, działającym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴ w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim został wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w dniu 6 czerwca 2002 r., Nr KRS 0000116451, Regon: 211228381, NIP 5992758397. Podmiotem tworzącym SPSzW jest Województwo Lubuskie. W skład Szpitala wchodzi następujące przedsiębiorstwa:

- 1) Lecznictwo Szpitalne (ul. Dekerta),
- 2) Przychodnie Specjalistyczne i Diagnostyka (ul. Dekerta),
- 3) Lecznictwo Szpitalne (ul. Walczaka),
- 4) Opieka Długoterminowa (ul. Walczaka),
- 5) Przychodnie Specjalistyczne i Diagnostyka (ul. Walczaka).

Zgodnie z *Regulaminem Organizacyjnym Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim*⁵, celem podmiotu leczniczego jest „prowadzenie działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, promocji zdrowia, realizacja zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia”.

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

³ Nr upoważnień: RzP-ZZP-0932-7-2/KB/2013, RzP-ZZP-0932-7-3/KB/2013, RzP-ZZP-0932-7-4/KB/2013.

⁴ Dz. U z 2011 Nr 112, poz. 654 z późn. zm.

⁵ Załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 101/2013 z dnia 03 czerwca 2013 roku Dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.

pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁶ oraz przepisów odrębnych, w tym:

- a) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 lipca 2012 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego⁷;
- b) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania⁸;
- c) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁹;
- d) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2009 r. w sprawie prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej¹⁰;
- e) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹¹;
- f) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień¹²;
- 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 życie¹³;
- 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 zabezpieczających¹⁴;

⁶ Tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375.

⁷ Dz. U. z 2012 r., poz. 854.

⁸ Dz. U. z 2012 r., poz. 740.

⁹ Dz. U. z 2010 r. Nr 252, poz. 1697, z późn. zm.

¹⁰ Dz. U. z 2009 r. Nr 129, poz. 1068.

¹¹ Dz. U. z 2012 r., poz. 739.

¹² Dz. U. z 2009 r. Nr 140, poz. 1146, z późn. zm.

¹³ Dz. U. z 2011 r. Nr 18, poz. 94.

¹⁴ Dz. U. z 2004 r. Nr 179, poz. 1854, z późn. zm.

- i) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 kwietnia 2012 r. w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, których udzielanie wymaga zgody¹⁵.

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 Gorzowie Wielkopolskim, tj.:

- 1) Izbie Przyjęć Oddziałów Psychiatrycznych,
- 2) Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym Męskim (IIID),
- 3) Oddziale Psychiatrii Sądowej - Leczenia Odwykowego od Alkoholu w Warunkach Wzmocnionego Zabezpieczenia (IX),
- 4) Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym Psychiatrycznym (IVA).

1. Izba Przyjęć Oddziałów Psychiatrycznych:

W dniu zbadania sprawy na miejscu w Izbie Przyjęć Psychiatrycznej (dalej: Izba Przyjęć) nie zastano pracownika pełniącego dyżur w ww. Izbie Przyjęć.

Z relacji personelu wynika, że w Izbie Przyjęć od poniedziałku do piątku, w godzinach: 07:00 – 14:30 dyżuruje tylko pielęgniarka, lekarz pracujący w oddziałach psychiatrycznych zgłasza się na wezwanie telefoniczne pielęgniarki. Zgodnie z komunikatem zamieszczonym w miejscu ogólnodostępnym - „po godzinie 14:00 przyjęcia na Izbę Przyjęć należy zgłaszać na portierni”. Od 14:30 do 07:00 wyznaczona pielęgniarka pracująca na oddziałach psychiatrycznych i wyznaczony lekarz pracujący w oddziałach psychiatrycznych zgłaszają się na wezwanie telefoniczne portiera. W soboty, niedziele i święta lekarz wyznaczony dodatkowo do pełnienia dyżuru w Izbie Przyjęć nie jest obecny na terenie Szpitala (w tym w Izbie Przyjęć). Jak wynika z relacji personelu, lekarz zgłasza się do Izby Przyjęć najpóźniej w ciągu 1 godziny od momentu otrzymania zgłoszenia telefonicznego.

Powyżej wskazany stan pozwala stwierdzić, iż Świadczeniodawca nie wywiązał się z realizacji wymagań określonych w Załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień,

¹⁵ Dz. U. z 2012 r. Nr 0, poz. 494.

w którym wskazano wymóg zatrudnienia w Izbie Przyjęć lekarza ze specjalizacją I stopnia w zakresie psychiatrii lub lekarza w trakcie specjalizacji z psychiatrii.

Powyższe wskazuje na niewywiązanie się Świadczeniodawcy z realizacji prawa pacjenta do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia (art. 7 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

Zgodnie z *Regulaminem Organizacyjnym Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim* do podstawowych zadań Izby Przyjęć Psychiatrycznej należy:

- przyjęcie chorych w trybie planowym i nagłym,
- wykonanie koniecznych badań i kwalifikacja chorego do leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego,
- prowadzenie wymaganej dokumentacji medycznej,
- zabezpieczenie depozytów pacjentów przyjętych do Szpitala.

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 przyjęć, Księgę przyjęć bez zgody, Księgę odmów lekarskich oraz Księgę porad lekarskich.*

W wyniku analizy ww. dokumentacji stwierdzono, co następuje:

Księga przyjęć nie zawiera nazwy zgodnej z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, tj. *Księga główna przyjęć i wypisów*. W tym miejscu należy zaznaczyć, iż w Izbie Przyjęć nie odnotowuje się wypisów pacjentów.

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

- oznaczenia podmiotu (§ 26 pkt 1 rozporządzenia¹⁶);

¹⁶ Zmiany do niniejszego rozporządzenia zawarto w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. zmieniającym 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:

- 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 (§ 26 pkt 4 rozporządzenia);
- rozpoznanie wstępne (§ 26 pkt 6 rozporządzenia).

Omawiany dokument nie zawierał nr księgi, co stanowi naruszenie przepisu § 26 pkt 1 ww. rozporządzenia oraz nie uwzględniał wpisów dotyczących:

- numer PESEL, adres miejsca zamieszkania pacjenta (§ 26 pkt 4 rozporządzenia);
- określenie rodzaju leczenia, w tym istotnych badań diagnostycznych, wszystkich zabiegów i operacji (§ 26 pkt 8 rozporządzenia);
- oznaczenia lekarza wypisującego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d rozporządzenia;
- numeru karty depozytowej, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 40 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (§ 26 pkt 16 rozporządzenia).

W Izbie Przyjęć poza *Księgą przyjęć* prowadzona jest *Księga przyjęć bez zgody*, która również nie zawiera nazwy zgodnej z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, tj. *Księga główna przyjęć i wypisów*. Wskazać należy iż w ww. dokumencie, także nieodnotowane są wypisy pacjentów.

Księga odmów lekarskich nie zawiera nazwy zgodnej z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, tj. *Księga odmów i porad ambulatoryjnych udzielanych w Izbie Przyjęć*.

Sposób prowadzenia ww. *Księgi odmów lekarskich* jest zgodny z § 27 ust. 1 rozporządzenia. Jednakże należy wskazać, że pacjent nie otrzymuje pisemnej

-
- a) kod identyfikacyjny, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁶, 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.

informacji o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach (§ 27 ust. 2 rozporządzenia), co świadczy o braku realizacji 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 Izbie Przyjęć poza *Księgą odmów lekarskich* prowadzona jest *Księga porad lekarskich* również niezawierająca nazwy zgodnej z ww. rozporządzeniem, tj. *Księga odmów i porad ambulatoryjnych udzielanych w Izbie Przyjęć*. W związku z powyższym, nie można było zweryfikować tego dokumentu pod względem zgodności z wymogami określonymi w przedmiotowym rozporządzeniu.

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, w miejscu ogólnodostępnym wyeksponowano informacje dotyczące:

- danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta;
- praw pacjenta;
- trybu składania skarg i wniosków;
- możliwości kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

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 zapewniające przeprowadzenie badań związanych z przyjęciem pacjenta do Szpitala;
- 3) gabinet zabiegowy.

W Izbie Przyjęć nie ma pomieszczenia higieniczno-sanitarnego, przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, posiadającego natrysk, tym samym nie spełniony został wymóg określony w pkt 2 ppkt 3 załącznika nr 1¹⁷ do rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

W ramach czynności sprawdzających pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta zweryfikowali dopuszczalność do użycia będącego na wyposażeniu Izby Przyjęć elektrokardiografu *A4AsCARD* oraz alkometru typu *Alkovisor C2H5OH*, poprzez weryfikację dokumentacji technicznej (w tym świadectw, paszportów technicznych). Tym samym, należy wskazać, iż Świadczeniodawca w pełni wywiązał się z wymagań określonych w art. 90 ust. 6-7 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych¹⁸.

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.

Zgodnie z zapisem w *Regulaminie Organizacyjnym Szpitala do podstawowych zadań Izby Przyjęć Psychiatrycznej* należy zabezpieczenie depozytów pacjentów przyjętych do Szpitala. Z relacji personelu Izby Przyjęć wynika, że w dniu przyjęcia pacjent przekazuje pielęgniarce w Izbie Przyjęć rzeczy wartościowe. Następnie pielęgniarka przekazuje je do depozytu szpitalnego, który znajduje się w budynku administracji na terenie Szpitala.

W wyniku sprawdzenia zabezpieczenia depozytu wartościowego nie stwierdzono nieprawidłowości. Niemniej jednak, z uwagi, iż pacjenci nie otrzymują oryginału kart depozytowych (co potwierdził personel), tym samym należy wskazać, iż Świadczeniodawca nie w pełni realizuje Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej.

¹⁷ Szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia szpitala - Załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. (poz. 739).

¹⁸ Dz. U. z 2010 r. Nr 107, poz. 679 z późn. zm.

2. Oddział Psychiatryczny Ogólny Męski (IIID) – odcinek D:

Oddział Psychiatryczny Ogólny Męski IIID jest podzielony na dwa odcinki: B i D. W dniu zbadania sprawy na miejscu w Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym Męskim IIID przebywało łącznie 54 pacjentów: 26 pacjentów w odcinku D (w tym 6 pacjentów uzależnionych), 28 pacjentów w odcinku B. Oddział posiada łącznie 54 łóżka rejestrowe.

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

5 lekarzy (w tym: ordynator - specjalista psychiatra, 1 lekarz w trakcie odbywania specjalizacji z psychiatrii);

1 psycholog;

1 sekretarka medyczna;

1 terapeuta zajęciowy;

1 specjalista uzależnień;

4 pielęgniarki.

Powyżej wskazany stan osób był zgodny z *Rozkładem pracy* na miesiąc czerwiec 2013 r. Wynik analizy porównawczej ww. *Rozkładu z Wykazem personelu* zatrudnionego w ww. komórce oddziału na dzień 17 czerwca 2013 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 uzależnień¹⁹.

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 wynika, że pacjenci (zakwalifikowani przez lekarza do poszczególnych zajęć) pod nadzorem terapeuty zajęciowego – w ramach opracowanego programu terapeutycznego – uczestniczą w zajęciach. *Plan pracy z zakresu terapii zajęciowej*, obejmujący m.in. takie zajęcia jak: kinezyterapia, muzykoterapia, ludoterapia, arteterapia, ergoterapia, jest udostępniony pacjentom.

¹⁹ 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.).

W ramach czynności sprawdzających zweryfikowano dokumentację medyczną dwóch pacjentów (tj.: Nr Ks. Gł. 617/13; Nr Ks. Gł. 844/13) w zakresie realizacji prawa pacjenta do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 16 w zw. z art. 18 ust. 1 *ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz w § 1 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, których udzielanie wymaga zgody.

Analizie poddano wpisy w ww. *historiach chorób* oraz ich załącznikach, tj.:

- karcie leczenia wstrząsami elektrycznymi,
- karcie znieczulenia,
- formularzu zgody pacjenta na zabiegi elektrowstrząsowe.

Powyższa analiza wykazała brak nieprawidłowości we wskazanym zakresie.

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. 844/13) 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 stwierdzono następujące nieprawidłowości:

- przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego nie uprzedzono o tym osoby, wobec której środek ten został podjęty, co stanowi naruszenie przepisu art. 18 ust. 8 ww. *ustawy*. Powyższe zostało udokumentowane w zawiadomieniu kierownika o zastosowaniu przymusu bezpośredniego;
- początek stosowania unieruchomienia miał miejsce o godzinie 1:35, pierwsze przedłużenie stosowania unieruchomienia odbyło się po 4 godzinach i 55 minutach, tj. o godzinie 6:30, co stanowi naruszenie przepisu § 4 ust. 1 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 bez zgody, wymaganej w art. 22 ust. 1 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* (Nr Ks. Gł. 844/13), na mocy art. 23 ww. ustawy;
- 2) przyjętego do szpitala psychiatrycznego za jego pisemną zgodą na podstawie skierowania do szpitala (Nr Ks. Gł. 617/13), na mocy art. 22 ww. ustawy.

W wyniku analizy ww. dokumentacji nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze 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.

W ramach czynności sprawdzających zweryfikowano prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, o którym mowa w art. 33 ust. 1 *ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.*

Z rozmowy z personelem ustalono, iż pacjenci nie mają ograniczeń w zakresie korzystania z telefonu. Aparat jest usytuowany w korytarzu. *Z Regulaminu oddziału psychiatrycznego wynika, że „chory może przyjmować odwiedzających od 10:00 do 17:00 (...), młodzież powinna przebywać w towarzystwie osób dorosłych, dzieci do 12 lat, mogą odwiedzać chorych tylko w wyjątkowych przypadkach, wyłącznie za zgodą ordynatora i w towarzystwie osób dorosłych (...)”,* w związku z powyższym należy wskazać, iż wprowadzenie granicy 12 roku życia wobec osób odwiedzających pacjentów nie znajduje uzasadnienia ani na gruncie prawa cywilnego, ani Kodeksu Rodzinnego i Opiekuńczego. 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. Analogiczny przepis znajdujemy w ustawie *o ochronie zdrowia psychicznego.* Art. 13 przywołanej ustawy stanowi, iż osoba z zaburzeniami psychicznymi przebywająca w szpitalu psychiatrycznym (...) ma prawo do porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami; korespondencja takiej

osoby nie podlega kontroli. Komentowane przepisy obligują świadczeniodawcę do zapewnienia ww. prawa hospitalizowanym.

Należy podnieść, iż ustawodawca wprowadził możliwość ograniczenia przez kierownika podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważnionego przez niego lekarza - praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku praw, o których mowa w art. 33 ust. 1, także ze względu na możliwości organizacyjne zakładu. Tym samym podmiot leczniczy może ograniczyć prawo pacjenta, ale nie pozbawić pacjenta prawa do utrzymywania osobistych kontaktów z innymi osobami bez rozróżnienia na wiek, jeżeli przemawiają za tym względy organizacyjne. Ponadto wydaje się, iż wprowadzenie rzeczonoego ograniczenia powinno być każdorazowo uzasadniane przez kierownika zakładu. Zatem wskazane jest zorganizowanie (wydzielenie) pomieszczenia dla osób odwiedzających.

W nawiązaniu do powyższego, zgodnie z opinią Pana prof. dr hab. med. Tomasza Wolańczyka, Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, w której podnosi, iż *„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”*.

Należy wskazać, iż w oparciu o przedmiotową opinię Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił w dniu 28 września 2012 r. do Wojewodów przekazując stanowisko w przedmiocie omawianej kwestii.

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.

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,
- możliwości kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

3. Oddział Psychiatrii Sądowej - Leczenia Odwykowego od Alkoholu w Warunkach Wzmocnionego Zabezpieczenia (IX):

Oddział Psychiatrii Sądowej - Leczenia Odwykowego od Alkoholu w Warunkach Wzmocnionego Zabezpieczenia (IX) jest podzielony na dwa odcinki (B i C). W dniu zbadania sprawy na miejscu w odcinku B przebywało 22 pacjentów (liczba łóżek rejestrowych – 29), w odcinku C przebywało 24 pacjentów (liczba łóżek rejestrowych – 26).

Z relacji pielęgniarza oddziałowego wynika, że w przedmiotowym oddziale zatrudnionych jest 51 osób:

- 3 lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii (w tym ordynator),
- 1 pielęgniarz oddziałowy,
- 24 pielęgniarki,
- 2 psychologów,
- 2 terapeutów zajęciowych,
- 1 sekretarka,
- 7 pracowników zw. przez personel „pomoc szpitalna”,
- 4 sanitariuszy,
- 5 pracowników ochrony,
- 2 pracowników ochrony (grupa interwencyjna).

Powyższe wskazuje na brak pełnej obsady personelu w oddziale psychiatrycznym realizującym środek wzmocnionego zabezpieczenia. Zgodnie z przepisami 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*²⁰, na świadczeniodawcy ciąży ustawowy obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa oraz właściwych warunków pobytu osobom hospitalizowanym w zakładach na mocy orzeczeń Sądu o zastosowaniu środka zabezpieczającego w warunkach podstawowego, wzmocnionego lub maksymalnego zabezpieczenia. Ustawodawca nałożył obowiązek na zakłady psychiatryczne dysponujące warunkami wzmocnionego zabezpieczenia

²⁰ Dz. U. z 2004 r. Nr 179, poz. 1854, z późn. zm.

– zatrudnienie personelu w liczbie co najmniej dwukrotnie większej niż pojemność zakładu (§ 4 ust. 1 pkt 4 ww. rozporządzenia).

Pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta zwrócili uwagę na informację przekazaną przez Pielęgniarkę Oddziałową odnośnie stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia poprzez zastosowanie kajdanek podczas transportu pacjentów na konsultacje specjalistyczne realizowane na terenie Szpitala. Mając na uwadze powyższe, należy wskazać, iż przyjęta przez wizytowany Oddział procedura transportu internowanych pacjentów na konsultacje specjalistyczne nie znajduje podstaw w obowiązującym stanie prawnym. Zgodnie z art. 18 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*, (...) przymus bezpośredni może być stosowany jedynie w reakcji na wskazane w nim zachowanie pacjenta. Żaden z przepisów ustawy nie legitymuje natomiast możliwości prewencyjnego stosowania środków przymusu bezpośredniego.

Zgodnie z art. 204 kkw wobec sprawców umieszczonych w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym lub zakładzie leczenia odwykowego można stosować środki przymusu bezpośredniego jedynie na zasadach, w trybie i w sposób określony w przepisach ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*. Powołany przepis jest normą prawną odsyłającą do art. 18 ust. 1 ustawy. Przepis ten pozwala na stosowanie przymusu bezpośredniego w formach określonych w art. 3 pkt 6 ustawy (przytrzymanie, przymusowe zastosowanie leków, unieruchomienie i izolacja) tylko wtedy, gdy sprawca dopuszcza się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu bądź innej osoby albo bezpieczeństwu powszechnemu, w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jego otoczeniu, poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej a także, gdy inne przepisy do tego upoważniają. Sposób stosowania przymusu bezpośredniego, jego dokumentowanie oraz ocena zasadności uregulowany został rozporządzeniem Ministra Zdrowia *w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania*.

Z enumeratywnie przytoczonych w art. 18 ust. 1 wyżej cytowanej ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* przesłanek wynika, że zastosowanie wobec pacjentów jakichkolwiek środków przymusu bezpośredniego w innych okolicznościach niż przewidzianych w tym przepisie jest niedopuszczalne. Konieczność przetransportowania pacjenta do innego budynku szpitala w celu wykonania niezbędnych konsultacji, badań czy leczenia sama w sobie nie jest okolicznością przewidzianą przez ustawodawcę, jako okoliczność zastosowania środków przymusu, chyba, że jednocześnie zachodzi jedna z przesłanek określona w omawianym

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”.

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. 1261/11). Pacjent z rozpoznaniem zasadniczym: CHAD – epizod subdepresyjny (F31) oraz z współistniejącą chorobą: ZUA (F10.2), w przebiegu hospitalizacji miał zapewnioną opiekę stomatologiczną.

Ponadto wynik analizy ww. historii choroby potwierdził realizację art. 203 kodeksu karnego wykonawczego, zgodnie z którym „Kierownik zakładu zamkniętego, w którym wykonuje się środek zabezpieczający, nie rzadziej niż co 6 miesięcy przesyła do sądu opinię o stanie zdrowia sprawcy umieszczonego w tym zakładzie i o postępach w leczeniu lub terapii; opinię taką obowiązany jest przesłać bezzwłocznie, jeżeli w związku ze zmianą stanu zdrowia sprawcy uzna, że jego dalsze pozostawanie w zakładzie nie jest konieczne”.

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 dnia dla pacjentów pododdziału B*.

W przedmiotowym *Harmonogramie* wyszczególniono m.in. takie formy zajęć jak: gimnastyka, terapia zajęciowa i relaksacyjna, terapia uzależnień, społeczność terapeutyczna, spacer, koło teatralne, klub książki czytanej, zajęcia promocji zdrowia, dziennik telewizyjny, czas wolny. Z rozmów z pacjentami wynikało, iż zajęcia terapeutyczne są bardzo zróżnicowane, dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjentów, uwzględniają aktualny stan psychiczny.

przepisie. W tego rodzaju sytuacji można zastosować środki przymusu bezpośredniego przewidziane w art. 3 pkt. 6 ustawy. Artykuł 18 ww. ustawy odsyła również do przypadków przewidzianych w ustawie, kiedy przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi jest dopuszczalny. Powyższe odnosi się do art. 21, art. 34, art. 40, art. 46 i art. 46a ustawy. Wskazane przepisy przewidują możliwość zastosowania przymusu bezpośredniego również w sytuacji, gdy jest to konieczne do dokonania niezbędnych czynności leczniczych oraz w celu zapobieżenia samowolnego opuszczenia szpitala psychiatrycznego. Mając na uwadze powyższe, praktyka stosowania przez zatrudnionych w szpitalu pracowników polegająca na wyprowadzaniu i konwojowaniu w kajdankach pacjentów Oddziału Psychiatrii Sądowej - Leczenia Odwykowego od Alkoholu w Warunkach Wzmocnionego Zabezpieczenia (IX) na badania specjalistyczne poza budynek Oddziału, jako samodzielny środek przymusu jest niedopuszczalna.

W ramach czynności sprawdzających zweryfikowano stopień realizacji prawa pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, o którym mowa w art. 33 ust. 1 *ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

Aparat telefoniczny usytuowany jest w korytarzu, między dyżurką pielęgniarek a pokojem pielęgniarza oddziałowego, co uniemożliwia swobodną rozmowę pacjentowi. Powyższe wskazuje na naruszenie ww. prawa w zw. z art. 20 ust. 1 ustawy, który stanowi że „pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych”.

Ponadto, zwrócono uwagę na wpis w *Regulaminie dla osób odwiedzających pacjentów w oddziale IX* o treści, cyt.: „zakaz odwiedzin przez dzieci do lat 14”. Ponieważ wizytowany Oddział dysponuje warunkami lokalowymi (pokój odwiedzin), tym samym nie jest zrozumiały zapis w przedmiotowym *Regulaminie* dotyczący ograniczania odwiedzin pacjentów przez dzieci poniżej 14. roku życia.

W tym miejscu należy wskazać, iż dr n. med. D. Hajdukiewicz w publikacji *Orzecznictwo Sądowo – 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 osoba podlega, zwykle nie wyraża zgody na kontakty telefoniczne, zaś decyzję o odwiedzinach podejmuje Prokurator i przedstawia ją na piśmie. Także listy takiego pacjenta (o czym musi być poinformowany) kierowane są do prokuratury, która decyduje

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

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.

W ramach ww. *programu* są podejmowane – z relacji kadry medycznej - działania edukacyjne pacjentów dotyczące m.in.: biologicznych aspektów nadmiernego picia, brania narkotyków, leków, diagnozowania uzależnień, mechanizmów uzależnień, nawrotów w chorobie uzależnieniowej, treningu asertywnych zachowań abstynenckich, metod psychologii pozytywnej, problemów ludzi mieszkających z osobą uzależnioną. Pacjenci w wyniku prowadzonych zajęć nabywają umiejętności radzenia sobie z uzależnieniem w oparciu o własne systemy wsparcia w sytuacjach stresu i kryzysu.

Zwrócono uwagę na bogatą infrastrukturę terenu przynależnego do Oddziału, przeznaczonego na cele terapeutyczno – rekreacyjne. Wskazany teren umożliwi pacjentom podejmowanie różnorodnych form aktywności (zajęcia rekreacyjne, sportowe, wypoczynkowe). Tym samym, należy stwierdzić, iż Świadczeniodawca wywiązał się w pełni z realizacji prawa pacjenta, określonego w art. 8 zd. 1 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

Wyniki przeprowadzonego zbadania sprawy na miejscu w przedmiotowym Oddziale, w zakresie praw pacjenta, określonych w przepisach art. 11 oraz art. 36 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* są analogiczne do ustaleń w Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym Męskim (IIID) - i nie budzą zastrzeżeń pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

4. Zakład Opiekuńczo – Leczniczy Psychiatryczny (IVA):

W dniu zbadania sprawy na miejscu w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym Psychiatrycznym (IVA) stan pacjentów był zgodny z liczbą łóżek rejestrowych i wynosił 33.

Według relacji pielęgniarki koordynującej stan zatrudnienia przedstawiał się następująco:

11 pielęgniarek,

1 psycholog,

1 lekarz psychiatra,
1 lekarz internista,
4 pracowników zw. przez personel „pomoc szpitalna”.

Powyżej wskazany stan osób był zgodny z *Rozkładem pracy na miesiąc czerwiec 2013 r.*

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 oraz trybu składania skarg i wniosków. Również udostępniono informację o możliwości kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

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.

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.

Powyższe potwierdził wynik analizy *historii choroby* pacjenta (tj.: Nr Ks. Gł. 4048/04). Pacjentowi - z rozpoznaniem zasadniczym: *schizofrenia paranoidalna* (F20.5) i chorobami współistniejącymi: *gruźlica płuc przebyta w 2004 r. w wywiadzie* - w przebiegu hospitalizacji wykonano badanie Rtg płuc, badanie Ekg, badania biochemiczne, badanie Rtg stawu kolanowego. Pacjent korzystał systematycznie z konsultacji pulmonologicznej.

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 (art. 33 ust. 1 *ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw*) pracownicy Biura Rzecznika

Praw Pacjenta ustalili, że odwiedziny odbywają się codziennie, w Oddziale znajduje się pokój odwiedzin. Przenośny aparat telefoniczny znajduje się w dyżurce pielęgniarek, udostępniany jest pacjentom bez ograniczeń.

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* stwierdzili, co następuje:

W pokojach łóżkowych były brudne ściany, wymagające odświeżenia. Brak szafek przyłóżkowych (na 33 pacjentów tylko 10 miało szafki). W odniesieniu do powyższego pielęgniarka poinformowała, iż brak szafek przyłóżkowych spowodowany jest specyfiką zachowania pacjentów w oddziałach psychiatrycznych cyt. „pacjenci rzucają szafkami”.

W ocenie pracowników Biura Rzecznika Pacjenta ww. uzasadnienie jest nie do przyjęcia.

Zbyt małe sale uniemożliwiają dostęp do łóżek pacjentów z trzech stron, tym samym niespełniony został wymóg określony w § 18-20 rozporządzenia *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*. Zgodnie z przytoczonym przepisem „łóżka w pokojach pacjentów powinny być dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych”.

Pomieszczenia sanitarno – higieniczne budziły zastrzeżenia co do utrzymania stanu porządkowego (wyczuwalny był nieprzyjemny zapach). W dniu zbadania sprawy na miejscu stwierdzono, iż pacjentom udostępnione było jedno pomieszczenie higieniczno – sanitarne wyposażone w dwa natryski bez osłonek kabiny prysznicowej. Ww. pomieszczenie nie było wyposażone w wannę.

Ponadto, zwrócono uwagę na sposób przechowywania przyborów do higieny osobistej Pacjenta. W jednej misce umieszczono kilkanaście kostek mydła. Powyższe budzi wątpliwości w zakresie przestrzegania reżimu higienicznego przez pacjentów.

W pokoju dziennego pobytu pełniącego jednocześnie funkcję jadalni stan mebli wskazywał konieczność naprawy lub wymiany (zniszczone tapicerka, mokre, brudne plamy).

Ponadto należy wskazać, iż w ww. Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym Psychiatrycznym pacjenci nie posiadali kubków osobistych, co wskazuje na nieuzasadnione

ograniczenia w zakresie możliwości spożywania napojów poza wymienionymi porami posiłków.

V. Wnioski

W wyniku przeprowadzonych działań należy stwierdzić, iż zidentyfikowane nieprawidłowości w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim wskazują na naruszenia prawa pacjenta do:

- natychmiastowego udzielania świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia (...) (art. 7 pkt 1 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*);
- 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 ww. 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).

Ponadto, doszło do naruszenia przepisów, w zakresie:

1. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*;
2. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień*;
3. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. *w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania*;
4. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*;
5. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. *w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych*

do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających.

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, na podstawie Decyzji nr I/M/NS-NZ-117/202/2012 z dnia 21 maja 2012 r. wydanej przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Gorzowie Wielkopolskim, zgodnie z którą zaopiniowano pozytywnie Program dostosowania pomieszczeń i urządzeń Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim, należy wskazać na konieczność dostosowania pomieszczeń i urządzeń w ww. Szpitalu w terminie wyznaczonym w przedmiotowym Programie.

Niezależnie od ww. nieprawidłowości, 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).

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 sal łóżkowych w szafki przyłóżkowe oraz zapewnienie pacjentom brakujących przyborów toaletowych i niezbędnych naczyń (kubków) w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym Psychiatrycznym (IVA);
- 3) Zatrudnienie w Izbie Przyjęć lekarza ze specjalizacją I stopnia w zakresie psychiatrii lub lekarza w trakcie specjalizacji z psychiatrii;
- 4) Umożliwienie osobom bliskim, w tym osobom poniżej 14 r. ż., odwiedzin pacjentów hospitalizowanych w ww. podmiocie leczniczym;

- 5) Udostępnienie pacjentom Oddziału Psychiatrii Sądowej - Leczenia Odwykowego od Alkoholu w Warunkach Wzmocnionego Zabezpieczenia (IX) telefonu w miejscu ogólnodostępnym, w którym będą mogli swobodnie prowadzić rozmowy;
- 6) Wydawanie oryginału karty depozytowej pacjentom przekazującym rzeczy wartościowe do depozytu;
- 7) Zapewnienie obsady personelu w Oddziale Psychiatrii Sądowej - Leczenia Odwykowego od Alkoholu w Warunkach Wzmocnionego Zabezpieczenia, 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*;
- 8) Zorganizowanie dla personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów rozporządzenia *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*;
- 9) Zorganizowanie dla personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*.



Załącznik nr 1 do protokołu

Protokół ze zbadania sprawy na miejscu został przekazany do:

- 1) Pana Marka Twardowskiego, Dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim; ul. Dekerta 1, 66-400 Gorzów Wielkopolski;
- 2) Pani Elżbiety Polak, Marszałka Województwa Lubuskiego; Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego; ul. Podgórna 7, 65-057 Zielona Góra;
- 3) Pana prof. dr hab. Marka Jaremy, Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Psychiatrii; Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie; ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa;
- 4) Pana Stanisława Łobacza, Dyrektora Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia; ul. Podgórna 9b, 65-057 Zielona Góra;
- 5) Pana Bartosza Arłukowicza, Ministra Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa;
- 6) Pani prof. dr hab. Ireny Lipowicz, Rzecznika Praw Obywatelskich; Al. Solidarności 77, 00-090 Warszawa.

C

C