

Protokół ze zbadania sprawy na miejscu

przez pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta w dniu 14 marca 2013 r. w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym im. prof. T. Bilikiewicza w Gdańsku (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*¹. 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 dniu 14 marca 2013 r. czynności sprawdzające zostały przeprowadzone przez:

1. Panią Beatę Wróblewską – Głównego specjalistę w Zespole ds. Zdrowia Psychicznego,
2. Panią Agnieszkę Gutkowską – Specjalistę w Zespole ds. Zdrowia Psychicznego,
3. Pana Pawła Grzesiewskiego – Inspektora w Zespole Prawnym.

¹ Tj. Dz. U. z 2012 r. , poz. 159, poz. 742.

Osoby badające sprawę na miejscu posiadały stosowne upoważnienia udzielone przez Rzecznika Praw Pacjenta².

II. Ustalenia dotyczące podmiotu leczniczego

Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. T. Bilikiewicza w Gdańsku jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*³ działającym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Ww. podmiot leczniczy został wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w dniu 13 listopada 2001 r. Nr KRS 0000052742, Regon: 000293462, NIP 957-07-28-045.

Podmiotem tworzącym Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. T. Bilikiewicza w Gdańsku jest Województwo Pomorskie, jako jednostka samorządu terytorialnego⁴. Zgodnie z *Regulaminem organizacyjnym Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku*⁵, wskazany podmiot leczniczy udziela świadczeń zdrowotnych w systemie opieki stacjonarnej – całodobowej oraz dziennej i środowiskowej w następującym zakresie:

- rozpoznawanie i leczenie chorób psychicznych,
- rozpoznawanie i leczenie zaburzeń nerwicowych oraz zaburzeń osobowości,
- rozpoznawanie i leczenie zaburzeń psychosomatycznych,
- diagnostyka i terapia zaburzeń psychicznych wieku podeszłego,
- diagnostyka oraz leczenie zaburzeń towarzyszących upośledzeniom umysłowym,
- wczesna rehabilitacja pacjentów z zaburzeniami psychicznymi,
- rehabilitacja osób przewlekle chorych psychicznie,
- detoksykacja i wczesna rehabilitacja osób uzależnionych od alkoholu i innych środków psychoaktywnych,
- psychoterapia i rehabilitacja osób uzależnionych od alkoholu,
- prowadzenie zajęć terapeutycznych dla osób uzależnionych od alkoholu i ich rodzin,
- konsultacje specjalistyczne dla podmiotów zewnętrznych,

² Nr upoważnień: RzPP-ZZP-0932-4-2/MH/2013, RzPP-ZZP-0932-4-3/MH/2013, RzPP-ZZP-0932-4-4/MH/2013.

³ Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.

⁴ Statut Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. T. Bilikiewicza w Gdańsku – załącznik do uchwały Nr 395/XX/12 Sejmiku Województwa Pomorskiego z dnia 25 czerwca 2012 r.

⁵ Zarządzenie nr 44/2012 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku z dnia 25 czerwca 2012 r.

- wykonywanie badań sądowo-psychiatrycznych oraz obserwacji na zlecenie sądów i prokuratury,
- opieka i poradnictwo w zakresie spraw socjalnych.

W ramach struktury organizacyjnej Szpitala wyróżniono następujące komórki organizacyjne związane bezpośrednio z działalnością podstawową Szpitala:

- 1) Izba Przyjęć;
- 2) Oddziały Psychiatryczne dla Dorosłych (19 B, 19 D, 20 A, 20 B, 20 C, 20 D);
- 3) Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży (21 A i 21 B);
- 4) Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych;
- 5) Oddział Terapii Uzależnienia od Alkohol;
- 6) Oddział Dzienny Psychiatryczny;
- 7) Zespół Leczenia Środowiskowego;
- 8) Klub Pacjenta;
- 9) Apteka Szpitalna;
- 10) Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej;
- 11) Pracownia Diagnostyki /EEG i EKG/;
- 12) Sterylizatornia i komora dezynfekcyjna;
- 13) Dział Statystyki i Dokumentacji Medycznej
 - Archiwum Dokumentacji Medycznej;
- 14) Samodzielne stanowiska pracy:
 - Pielęgniarka epidemiologiczna,
 - lekarze konsultanci,
 - pracownicy socjalni.

III. Zakres badania sprawy na miejscu

Czynności sprawdzające zostały przeprowadzone w związku z napływającymi do Biura Rzecznika Praw Pacjenta sygnałami dotyczącymi uprawdopodobnionego naruszenia praw pacjenta w zakresie art. 8 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* i przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o *ochronie zdrowia psychicznego*⁶ oraz przepisów odrębnych, w tym:

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

- a) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2012 r. w sprawie *szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego*⁷;
- b) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie *sposobu stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania*⁸;
- c) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie *rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*⁹;
- d) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2009 r. w sprawie *prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej*¹⁰;
- e) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie *szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*¹¹;
- f) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie *świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień*¹².

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, tj. w Izbie Przyjęć, Oddziałach Psychiatrycznych: 21 A, 21 B, 20 A, 20 B.

W wyniku przeprowadzonych czynności sprawdzających, tj.:

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

stwierdzono, co następuje:

1. Izba Przyjęć

Z relacji personelu wynika, że w Izbie Przyjęć przyjmowani są pacjenci w trybie całodobowym, w szczególności:

⁷ Dz. U. z 2012 r., poz. 854.

⁸ Dz. U. z 2012 r., poz. 740.

⁹ Tj. 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.

- 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 Szpitala.

Zakres zadań Izby Przyjęć – jak podał personel medyczny – obejmuje:

- rejestrację osoby zgłaszającej się z jednoczesną kontrolą uprawnień do korzystania ze świadczeń zdrowotnych;
- zapewnienie niezwłocznego zbadania 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 przyjęć* oraz *Księgę odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielonych w Izbie Przyjęć*.

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.

Wynik analizy *Księgi przyjęć* (nr 01 – 791) wskazuje, iż została opatrzona numerem księgi, zawierała oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Ponadto, omawiany dokument uwzględniał wpisy dotyczące przyjęcia pacjenta, wymagane w ww. rozporządzeniu, 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);
- kody resortowe komórek organizacyjnych, w których pacjent przebywał (§ 26 pkt 5 rozporządzenia).

Natomiast przedmiotowa księga nie zawierała wpisów dotyczących:

- określenia rozpoznania wstępnego (§ 26 pkt 6 rozporządzenia);
- określenia rozpoznania przy wypisie (§ 26 pkt 7 rozporządzenia);
- określenia rodzaju leczenia, w tym istotnych badań diagnostycznych, wszystkich zabiegów i operacji (§ 26 pkt 8 rozporządzenia);
- daty wypisu, w przypadku zgonu pacjenta – daty zgonu (§ 26 pkt 9 rozporządzenia);
- adnotacji o miejscu, do którego pacjent został wypisany (§ 26 pkt 10 rozporządzenia);
- oznaczenia lekarza wypisującego (§ 26 pkt 15 rozporządzenia);
- numeru karty depozytowej, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 40 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (§ 26 pkt 16 rozporządzenia).

Należy wskazać, iż w *Księdze Przyjęć* zostały anulowane wpisy pod pozycjami nr: 26, 170, 343, 535, 709, 715. W wyniku analizy losowo wybranych ww. wpisów stwierdzono, co następuje:

- wpis pod pozycją nr 535 został anulowany bez wskazania adnotacji o przyczynie błędu oraz daty usunięcia wpisu, co jest niezgodne z § 4 ust. 3 rozporządzenia.

Wynik analizy *Księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielonych w Izbie Przyjęć* (nr 1319 – 1796) wykazał brak następujących wpisów:

- rozpoznanie ustalone przez lekarza kierującego albo adnotację o braku skierowania (§ 27 ust. 1 pkt 6 rozporządzenia);
- istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego oraz wyniki wykonanych badań diagnostycznych (§ 27 ust. 1 pkt 7 rozporządzenia);
- informację o udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz produktach leczniczych wraz z dawkowaniem lub wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom zapisanym na receptach wydanych pacjentowi (§ 27 ust. 1 pkt 9 rozporządzenia);

- datę odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym (§ 27 ust. 1 pkt 10 rozporządzenia);
- wskazanie powodu odmowy przyjęcia do szpitala (§ 27 ust. 1 pkt 11 rozporządzenia).

Poddano analizie porównawczej kopie następujących *Kart konsultacyjnych*: nr 1319, nr 1320, nr 1321, nr 1322 z wpisami dokonanyymi w ww. *Księdze*. Nie stwierdzono rozbieżności we wpisach dokonanych w obu dokumentach.

Niemniej należy zaznaczyć, iż powyższymi dokumentami nadano nazwę *Karta informacyjna*, co jest niezgodne z § 22 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, zgodnie z którym kartę informacyjną z leczenia szpitalnego wystawia na podstawie historii choroby (...) lekarz wypisujący pacjenta.

Ponadto warto zauważyć, iż zarówno w *Księdze odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielonych w Izbie Przyjęć*, jak i w zweryfikowanych *Kartach informacyjnych* nie wskazano przyczyny odmowy przyjęcia do szpitala. Sposób prowadzenia *Karty konsultacyjnej* jest zatem niezgodny z § 27 ust. 2 ww. rozporządzenia, który 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).

Jak wynika z relacji pielęgniarki, oryginał karty konsultacyjnej pozostaje w Izbie Przyjęć, zaś kopia dokumentu jest przekazywana pacjentowi. Powyższa praktyka jest niezgodna z § 15 ust. 5 rozporządzenia.

W trakcie oględzin pomieszczeń Izby Przyjęć stwierdzono naruszenie przez Świadczeniodawcę dyspozycji art. 11 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ponieważ w miejscu ogólnodostępnym nie zamieszczono informacji o prawach pacjenta określonych w ww. ustawie.

Na tablicy ogłoszeń natomiast wyeksponowano:

- aktualne informacje dotyczące danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta;
- informację o możliwości udostępnienia w dyżurce pielęgniarskiej treści ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i *Karty praw pacjenta*.

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.:

- punkt rejestracji pacjentów i poczekalnia;
- pomieszczenie zapewniające przeprowadzenie badań związanych z przyjęciem pacjenta do Szpitala;
- pomieszczenie higieniczno-sanitarne.

W ramach czynności sprawdzających pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta zweryfikowali dopuszczalność do użycia defibrylatora typu *LIFEPAK 12/15*, poprzez weryfikację wpisów dokonanych w *Paszporcie Technicznym LIFEPAK 12/15*. Z treści „*Książki urządzenia*” wynika, że wskazany przyrząd został dopuszczony do użycia.

Sprawdzono także Analizator wydechu typu *Alcotest 7410*. Wskazany przyrząd, przeznaczony do automatycznego pomiaru stężenia par alkoholu w wydychanym powietrzu – w celu zapewnienia poprawności wyników poddawano co 6 miesięcznej kalibracji. Powyższe potwierdzono okazanym świadectwem wzorcowania. Świadczeniodawca w pełni wywiązał się z wymagań określonych w art. 90 ust. 6-7 *ustawy z dnia 20 maja 2012 r. o wyrobach medycznych*¹³.

W wyniku oględzin Izby Przyjęć stwierdzono następujące nieprawidłowości:

- brak zadaszenia podjazdu dla karettek pogotowia;
- brak pomieszczenia higieniczno-sanitarnego wyposażonego dodatkowo w natrysk i wózek-wannę, przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich.

Powyższe nie spełnia wymagań określonych w pkt 1 i pkt 2 ppkt 3 załącznika nr 1¹⁴ do rozporządzenia Ministra Zdrowia w *sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*.

Pomieszczenia Izby Przyjęć będące w złym stanie sanitarno-technicznym wymagają remontu. Stwierdzono:

¹³ Dz. U. z 2010 r. Nr 107, poz. 679, z późn. zm.

¹⁴ Szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia szpitala - Załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. (poz. 739).

- odpryski na listwach odbojowych,
- skorodowane kaloryfery,
- wypaczone listwy przypodłogowe,
- brak glazury w gabinecie zabiegowym.

Pomieszczenia w Izbie Przyjęć utrzymane były w należyтым stanie higieniczno-sanitarnym i porządkowym.

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 stwierdzono, iż pacjenci nie otrzymują żadnego dokumentu potwierdzającego przyjęcie przez personel rzeczy wartościowych oddawanych do depozytu, co jest niezgodne z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej. Z relacji pielęgniarki wynika, iż oryginał karty depozytowej jest włączany do historii choroby, zaś kopie tego dokumentu pozostają w Izbie Przyjęć oraz są przekazywane do szpitalnej kasy. Niemniej należy wskazać, iż przyjmowanie od pacjentów rzeczy wartościowych jest dokumentowane w Izbie Przyjęć poprzez dokonywanie wpisów do księgi pn. „Depozyty”.

2. Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży: 21 A i 21 B

Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży zajmuje 2 kondygnacje w budynku nr 21: Oddział Dziecięcy 21 B – parter, Oddział Młodzieżowy 21 A – I piętro.

A. Oddział Dziecięcy 21 B

W dniu zbadania sprawy na miejscu w Oddziale 21 B (stacjonarny oddział dziecięcy) przebywało 17 pacjentów. Oddział posiada 11 łóżek rejestrowych.

Z relacji personelu wynika, iż w dniu badania sprawy na miejscu przez pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta w Oddziale świadczeń zdrowotnych udzielała kadra medyczna w następującym składzie:

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

W ww. Oddziale nie ma zatrudnionego terapeuty zajęciowego.

Powyższe nie spełnia wymagań określonych w Załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień¹⁵.

Zgodnie z § 6 ww. rozporządzenia świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych obejmują, m.in.: świadczenia terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki.

Mając powyższe na względzie, pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta zweryfikowali możliwość korzystania przez pacjentów z zajęć terapeutycznych. Z informacji uzyskanych od personelu wynika, że pacjenci biorą udział w następujących zajęciach: zebranie społeczności, grupa terapeutyczna, wizualizacja z relaksem, zajęcia kulinarne, dogoterapia, psychorysunek, psychoedukacja, bajkoterapia, zajęcia świetlicowo-plastyczne, muzykoterapia, terapia rodzinna, psychogimnastyka, zajęcia integracyjne. Zgodnie z pkt 5 *Regulaminu Oddziału Dziecięcego* udział w zajęciach terapeutycznych jest obowiązkowy, z wyjątkiem sytuacji, w których stan zdrowia uniemożliwia uczestnictwo. Jak wynika z relacji personelu, zajęcia terapeutyczne dla pacjentów prowadzone są przez personel pielęgniarski.

Sprawdzając stopień realizacji przez Świadczeniodawcę prawa 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 w zakresie jej prowadzenia zgodnie z wymaganiami określonymi przepisami w rozporządzeniu w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Analiza losowo wybranej historii choroby pacjenta (Nr Ks. Gł. 1154) przyjętego do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego prowadzi do wniosku, iż sąd został powiadomiony o przyjęciu pacjenta do szpitala (pismo skierowane do Sądu Rejonowego Wydział Rodzinny i Nieletnich). W dokumentacji pacjenta znajduje się druk (bez podpisu i pieczęci lekarza prowadzącego) informujący sąd oraz kierownika podmiotu leczniczego o fakcie przyjęcia pacjenta do szpitala na mocy art. 24 ww. ustawy.

Niemniej stwierdzono następujące nieprawidłowości w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta w kontekście przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia

¹⁵ Poz. 2 Załącznika nr 1 - Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych oraz warunki ich realizacji - do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. (Dz. U. z 2009 r. Nr 140, poz. 1146, z późn. zm.).

w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego:

- brak druku zawiadomienia kierownika podmiotu leczniczego o przyjęciu do szpitala lub zatrzymaniu w szpitalu osoby chorej psychicznie lub z zaburzeniami psychicznymi bez jej zgody;
- brak druku zawiadomienia sądu o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego.

Powyższe może wskazywać na niedopełnienie procedury przyjęcia pacjenta bez zgody do szpitala psychiatrycznego, określonej w przepisach ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego.

Ponadto, mając na względzie art. 18 ww. ustawy oraz przepisy rozporządzenia w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania, pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta zweryfikowali sposób dokumentowania zastosowanego środka przymusu (unieruchomienia – pasy bezpieczeństwa) wobec pacjenta (Nr Ks. Gł. 696).

Poddano analizie wpisy w:

- karcie zastosowania unieruchomienia lub izolacji,
- karcie obserwacji (oznaczenia – KOD),
- zawiadomienia kierownika o zastosowaniu przymusu bezpośredniego.

W wyniku analizy ww. dokumentów stwierdzono nieprawidłowość w sposobie wypełnienia karty zastosowania unieruchomienia lub izolacji, tj.:

- brak numeru historii choroby pacjenta.

Mając na uwadze powyższe należy stwierdzić, że nie zostały spełnione wymagania określone w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania.

Zaznaczyć należy, iż analizie poddano losowo wybraną dokumentację medyczną pacjenta, który był hospitalizowany z rozpoznaniem: *jadłowstręt psychiczny* (Nr Ks. Gł. 588). Z analizy przedmiotowej dokumentacji medycznej – jak również z relacji personelu – wynika, że w przebiegu leczenia anoreksji w ww. Oddziale nie jest praktykowane zawieranie kontraktu z pacjentem. W literaturze przedmiotu wskazuje się, iż w procesie leczenia jadłowstrętu psychicznego „należy dążyć do zawarcia kontraktu terapeutycznego, ustalającego metody leczenia i normy przyrostu masy ciała. W tej fazie leczenia często

wykorzystuje się metody behawioralne, związane z nagradzaniem przyrostu masy ciała przywilejami związanymi z pobytem (warunki ich uzyskiwania należy określić w kontrakcie)”¹⁶.

W kontekście powyższego należy stwierdzić, iż w ww. Oddziale nie jest realizowane prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

Podczas zbadania sprawy na miejscu stwierdzono, iż pacjenci nie wnosili uwag dotyczących sposobu żywienia. Wskazali, iż jest możliwość otrzymania dodatkowej porcji zupy lub pieczywa. Z zapewnień personelu wynika, że indywidualna dieta każdego pacjenta ustalana jest przez lekarza – z uwzględnieniem stanu zdrowia. Jadłospisy tygodniowe nie są udostępniane dla pacjentów. W stołówce eksponuje się wyłącznie jadłospisy przepisane odrębnie przez pacjentów. Z relacji personelu wynika, że powyższa praktyka stanowi formę aktywizacji pacjentów.

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 przedmiotowym 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. Z relacji personelu wynika, że odwiedziny pacjentów odbywają się w jadalni. W Oddziale nie ma odrębnego pomieszczenia przeznaczonego do spotkań z bliskimi. Tym samym, należy stwierdzić, iż prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego nie jest w pełni realizowane przez ww. podmiot leczniczy.

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej (art. 36 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) jest realizowane przez Świadczeniodawcę w niepełnym zakresie. Jak wynika z relacji personelu, pacjentów codziennie odwiedza duszpasterz. Natomiast możliwość uczestniczenia przez pacjentów w niedzielnej Mszy Św. uzależniona jest od liczby osób pełniących dyżur w Oddziale (tj. od organizacji pracy personelu medycznego). W ocenie

¹⁶ Rajewski A.: *Jadłowstręt psychiczny*, w: *Psychiatria Tom II Psychiatria kliniczna*, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011.

pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta wskazane jest wprowadzenie zmian organizacyjnych celem zapewnienia pełnej realizacji prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej.

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 zwrócili uwagę na zbyt duże zagęszczenie chorych w salach. Powyższe uniemożliwia dostęp do łóżek pacjentów z trzech stron, tym samym niespełniony został wymóg określony w § 18 i 19 ww. rozporządzenia. Zgodnie z przytoczonym przepisem „łóżka w pokojach pacjentów powinny być dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych”.

Należy zaznaczyć, iż pościel w salach chorych była czysta, jak wynika z relacji personelu – zmieniana 2 razy w tygodniu i w razie potrzeby. Niemniej, zwrócono uwagę na niewystarczającą liczbę szafek przeznaczonych do przechowywania odzieży.

Pomieszczenia Oddziału 21B są w złym stanie sanitarno-technicznym i wymagają remontu. Stwierdzono:

- odpadającą farbę na ścianach,
- ubytki stolarce drzwiowej,
- poodklejane listwy przypodłogowe.

W pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych stwierdzono:

- brak dozowników z mydłem w płynie oraz ręczników jednorazowego użycia i pojemników na zużyte ręczniki (§ 12 ust. 1 pkt 7 ww. rozporządzenia);
- niedostosowanie ww. pomieszczenia do potrzeb osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich.

W Oddziale wszystkie pomieszczenia utrzymane były w należytym stanie higieniczno-sanitarnym i porządkowym.

Na tablicy ogłoszeń wyeksponowano informacje dotyczące danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta. Brakuje natomiast informacji o prawach pacjenta określonych w ustawie o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, co świadczy o niewywiązaniu się Świadczeniodawcy z realizacji dyspozycji art. 11 ust. 1 *ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

Ponadto należy zaznaczyć, iż niektórzy pacjenci wyrażali niezadowolenie ze sposobu zachowania personelu pielęgniarskiego. Powyższe może wskazywać na naruszenie przez personel pielęgniarski Oddziału zasad etyki zawodowej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art. 8 zd. 2 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*). Jednocześnie należy podkreślić, iż pacjenci wypowiadali się pozytywnie na temat współpracy z psychologiem oraz lekarzami.

B. Oddział Młodzieżowy 21 A

W dniu zbadania sprawy na miejscu w Oddziale Psychiatrycznym 21 A Szpitala (stacjonarny oddział młodzieżowy) przebywało 21 pacjentów. Oddział posiada 19 łóżek rejestrowych.

Z relacji personelu wynika, iż w dniu badania sprawy na miejscu przez pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta w Oddziale świadczeń zdrowotnych udzielała kadra medyczna w następującym składzie:

- 3 lekarzy,
- 6 pielęgniarek,
- 1 psycholog.

Z uwagi, iż w ww. Oddziale nie ma zatrudnionego terapeuty zajęciowego, tym samym Świadczeniodawca nie spełnia wymagań określonych w Załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w *sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień*¹⁷.

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*) oraz przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia w *sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* ustalono, co następuje:

W pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych stwierdzono:

- silikonowe uszczelnienia armatury sanitarnej oraz fugi między kafelkami z widoczną pleśnią;

¹⁷ Poz. 2 Załącznika nr 1 - *Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych oraz warunki ich realizacji* - do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. (Dz. U. z 2009 r. Nr 140, poz. 1146, z późn. zm.).

- brak pojemników z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemników na zużyte ręczniki (§ 12 ust. 1 pkt 7 ww. rozporządzenia).

W Oddziale nie ma pomieszczenia sanitarno-higienicznego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich.

Stan łóżek (tapczany) będących na wyposażeniu sal chorych, 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.

Ponadto zwrócono uwagę na zbyt duże zagęszczenie chorych w salach. Powyższe uniemożliwia dostęp do łóżek pacjentów z trzech stron, tym samym niespełniony został wymóg określony w § 18 ww. rozporządzenia, zgodnie z którym „*łóżka w pokojach pacjentów powinny być dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych*”.

W Oddziale wszystkie pomieszczenia utrzymane były w należyтым stanie higieniczno-sanitarnym i porządkowym.

W trakcie oględzin pomieszczeń wskazanego Oddziału zwrócono uwagę na stopień realizacji przez Świadczeniodawcę dyspozycji art. 11 ust. 1 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. Na tablicy ogłoszeń wyeksponowano informacje dotyczące danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta. Informacje o prawach pacjenta – zgodnie z relacją personelu – udostępniane są wyłącznie na prośbę pacjenta.

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, iż indywidualna dieta każdego pacjenta ustalana jest przez lekarza – z uwzględnieniem stanu zdrowia.

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej (art. 36 *ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*) – analogicznie jak w Oddziale 21 B – jest nie w pełni realizowane przez Świadczeniodawcę.

Zweryfikowano, czy w ww. Oddziale jest realizowane prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego (art. 33 *ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* w zw. z art. 13 *ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*). Z rozmowy z personelem ustalono, iż pacjenci nie mają żadnych ograniczeń w zakresie korzystania z telefonu. Aparat jest usytuowany w korytarzu Oddziału. Również nie ma

ograniczeń wobec osób bliskich do odwiedzin pacjentów przebywających w Szpitalu. Tym samym, należy stwierdzić, iż przedmiotowe prawo pacjenta jest realizowane przez ww. podmiot leczniczy.

Sprawdzając stopień realizacji przez Świadczeniodawcę prawa 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 w zakresie jej prowadzenia zgodnie z wymaganiami określonych przepisami w rozporządzeniu *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*.

W wyniku analizy losowo wybranej *historii choroby* pacjenta całkowicie ubezwłasnowolnionego (Nr Ks. Gł. 770/859) przyjętego do szpitala psychiatrycznego na mocy art. 23 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*, ustalono, co następuje:

W dokumentacji medycznej pacjenta brakowało dokumentów, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia *w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego*, tj.:

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

W związku z powyższym należy stwierdzić, iż w toku procedury przyjęcia pacjenta bez zgody do szpitala psychiatrycznego nie dopełniono obowiązków w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej, wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego*. Powyższe wpisuje się w niepełną realizację prawa pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia (art. 9 w zw. z art. 23–26 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*).

C. Oddział Psychiatryczny dla Dorosłych 20 A

W dniu zbadania sprawy na miejscu w Oddziale 20 A Szpitala (oddział ogólnopsychiatryczny) przebywało 44 pacjentów. Oddział posiada 45 łóżek rejestrowych.

Z relacji personelu wynika, iż w dniu badania sprawy na miejscu przez pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta w Oddziale świadczeń zdrowotnych udzielała kadra medyczna w następującym składzie:

- 10 lekarzy;
- 2 psychologów;
- 4 pielęgniarki.

W Oddziale zatrudniony jest 1 terapeuta zajęciowy.

Powyższe spełnia wymagania określone w Załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień¹⁸.

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. W wyniku powyższego stwierdzono, co następuje:

W Oddziale wszystkie pomieszczenia utrzymane były w należytym stanie higieniczno-sanitarnym i porządkowym, niemniej w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych stwierdzono brak dozowników z mydłem w płynie oraz ręczników jednorazowego użycia i pojemników na zużyte ręczniki (§ 12 ust. 1 pkt 7 ww. rozporządzenia).

W Oddziale funkcjonuje pracownia terapii zajęciowej. Weryfikacja Tygodniowego planu zajęć terapeutycznych oraz organizacji czasu wolnego potwierdziła, iż uwzględnione zostały różnorodne formy prowadzenia zajęć, tj.: gimnastyka, relaksacja, psychoedukacja, terapia grupowa. Organizowane są spaceracje. Ponadto pacjenci uczestniczą w zebraniach społeczności. Powyższe wskazuje, że pacjenci mają wypełniony czas wolny i nie nudzą się (co zostało potwierdzone przez pacjentów). Mając na uwadze powyższe, pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta pozytywnie ocenili organizację zajęć terapeutycznych.

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 w zakresie jej prowadzenia zgodnie z wymaganiami określonych przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania.

¹⁸ Poz. 1 Załącznika nr 1 - Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych oraz warunki ich realizacji - do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. (Dz. U. z 2009 r. Nr 140, poz. 1146, z późn. zm.).

Poddano analizie stosowne załączniki do *historii choroby* (Nr Ks. Gł. 934), tj.:

- kartę zastosowania unieruchomienia lub izolacji,
- kartę obserwacji (oznaczenia – KOD).

Pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta nie mieli zastrzeżeń do treści powyższych dokumentów, niemniej w wyniku analizy ww. *historii choroby* stwierdzili następującą nieprawidłowość:

- brak zawiadomienia kierownika podmiotu leczniczego o zastosowaniu przymusu bezpośredniego.

Wyniki przeprowadzonego zbadania sprawy na miejscu w Oddziale Psychiatrycznym 20 A, w zakresie praw pacjenta, określonych w przepisach art. 33, art. 36 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, nie budzą zastrzeżeń pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

D. Oddział Psychiatryczny dla Dorosłych 20 B

W dniu zbadania sprawy na miejscu w Oddziale 20 B Szpitala (oddział ogólnopsychiatryczny) przebywało 44 pacjentów. Oddział posiada 46 łóżek rejestrowych.

Z relacji personelu wynika, iż w dniu badania sprawy na miejscu przez pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta w Oddziale świadczeń zdrowotnych udzielała kadra medyczna w następującym składzie:

- 3 lekarzy;
- 1 psycholog;
- 5 pielęgniarek.

W Oddziale zatrudniony jest 1 terapeuta zajęciowy.

Powyższe nie spełnia wymagań określonych w Załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień*¹⁹, ponieważ zgodnie z przywołanym aktem prawnym w ramach gwarantowanych świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych mieści się zatrudnienie psychologa na 1 etat przeliczeniowy na 40 łóżek.

Wyniki przeprowadzonego zbadania sprawy na miejscu w ww. Oddziale w zakresie prawa pacjenta określonego w art. 8 zd. 1 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* są analogiczne do ustaleń w Oddziale 21 A.

¹⁹ Poz. 1 Załącznika nr 1 - *Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych oraz warunki ich realizacji* - do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. (Dz. U. z 2009 r. Nr 140, poz. 1146, z późn. zm.).

W Oddziale funkcjonuje pracownia terapii zajęciowej. Na podstawie weryfikacji *Planu zajęć obowiązującego od 04.10.2012 r.* ustalono, iż pacjenci mają do wyboru następujące formy aktywności: gimnastyka, terapia zajęciowa, relaks, muzykoterapia, grupa edukacyjna, ruch i taniec, klub filmowy, spacer. Ponadto pacjenci uczestniczą w zebraniach społeczności. Mając na uwadze powyższe, pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta pozytywnie ocenili organizację zajęć terapeutycznych.

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 w zakresie jej prowadzenia zgodnie z wymaganiami określonych przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania.*

Poddano analizie stosowne załączniki do losowo wybranej *historii choroby*, tj.:

- kartę zastosowania unieruchomienia lub izolacji,
- kartę obserwacji (oznaczenia – KOD),
- zawiadomienie kierownika o zastosowaniu przymusu bezpośredniego.

W wyniku analizy ww. dokumentów stwierdzono nieprawidłowość w sposobie wypełnienia *karty zastosowania unieruchomienia lub izolacji*, tj.:

- brak numeru *historii choroby* pacjenta.

Mając na uwadze powyższe należy stwierdzić, że nie zostały spełnione wymagania określone w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania.*

Wyniki przeprowadzonego zbadania sprawy na miejscu w Oddziale Psychiatrycznym 20 B, w zakresie praw pacjenta, określonych w przepisach art. 33, art. 36 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* są analogiczne do ustaleń w Oddziale Psychiatrycznym dla Dorosłych 20 A i nie budzą zastrzeżeń pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

V. Wnioski

W wyniku przeprowadzonych działań należy stwierdzić, iż zidentyfikowane nieprawidłowości w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym im. prof. T. Bilikiewicza w Gdańsku wskazują na naruszenia prawa pacjenta do:

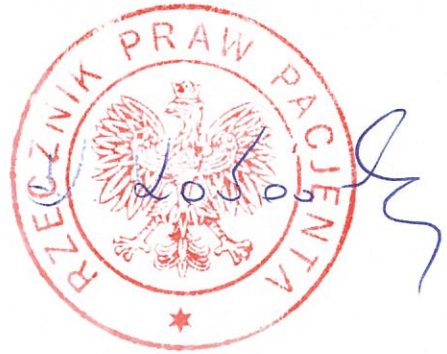
- świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych (art. 8 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta);
- świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta);
- informacji o prawach pacjenta określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach odrębnych, uwzględniającej ograniczenia tych praw określone w tych przepisach (art. 11 ust. 1 zd. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta);
- opieki duszpasterskiej (art. 36 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta);
- przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie (art. 39 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 pomieszczeń sanitarno-higienicznych w dozowniki z mydłem i pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia;
- 3) Zatrudnienie terapeuty zajęciowego oraz psychologa;
- 4) Wprowadzenie kontraktów terapeutycznych, ustalających metody leczenia i normy przyrostu masy ciała, z pacjentami hospitalizowanymi z rozpoznaniem: *jadłowstręt psychiczny*;
- 5) Wydawanie oryginału karty depozytowej pacjentom przekazującym rzeczy wartościowe do depozytu;
- 6) Udostępnienie w formie pisemnej, w miejscu ogólnodostępnym, informacji o prawach pacjenta określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach odrębnych, uwzględniającej ograniczenia tych praw określone w tych przepisach;




- 7) Zapewnienie właściwej organizacji pracy personelu medycznego celem zapewnienia pacjentom pełnej realizacji prawa do opieki duszpasterskiej;
- 8) Zorganizowanie dla personelu pielęgniarskiego szkolenia z zakresu komunikacji z pacjentem;
- 9) Zorganizowanie dla personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów rozporządzenia *sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*;
- 10) Zorganizowanie dla personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* i ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*.



KIEROWNIK ZESPOŁU
ds. Zdrowia Psychicznego


Grzegorz Błażewicz

Protokół ze zbadania sprawy na miejscu został przekazany do:

1. Pana Leszka Trojanowskiego, Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. T. Bilikiewicza w Gdańsku; ul. Srebrniki 17, 80-282 Gdańsk;
2. Pana Mieczysława Struka, Marszałka Województwa Pomorskiego; Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego; ul. Okopowa 21/27, 80-810 Gdańsk;
3. Pana prof. dr hab. med. Zbigniewa Nowickiego, Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Psychiatrii; Gdański Uniwersytet Medyczny Katedra Chorób Psychiczych; ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk;
4. Pana Dariusza Cichego, Pomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego; Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Gdańsku; ul. Dębinki 4, 80-211 Gdańsk;
5. Pani Barbary Kawińskiej, Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia; ul. Marynarki Polskiej 148, 80-865 Gdańsk;
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;
8. Pana Marka Michalaka, Rzecznika Praw Dziecka; ul. Przemysłowa 30/32, 00-450 Warszawa.

