

Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku
 ul. Srebrniki 17, 80-282 Gdańsk, centrala +48 58 52-47-500 fax+48 58 52-47-520
 e-mail: szpital@wsp-bilikiewicz.pl

Gdańsk, dnia 16 sierpnia 2013 r.

L.dz. 5518/13

Szanowna Pani
Krystyna Barbara Kozłowska
Rzecznik Praw Pacjenta

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta
 ul. Młynarska 46
 01-171 Warszawa

BIURO RZECZNIKA PRAW PACJENTA	
Wpłynęło:	2013 -08- 2 2 data
Znak:	

Szanowna Pani Rzecznik,

W ustosunkowaniu się do Protokołu nr RzPP-ZZP-0932-4-5/AGU/BW/PG/2013 z dn. 19.07.2013 r., który do tutejszego Szpitala wpłynął w dniu 25.07.2013 r., stosownie do treści art. 53 ust. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. z 2012 r., poz. 159 ze zm.), przedstawiamy stanowisko Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku (zwanego dalej WSP) w stosunku do poszczególnych ustaleń poczynionych w ww. Protokole, jak również informujemy o podjętych działaniach wskazanych w Protokole.

I. Izba Przyjęć

- 1) Informujemy, że w WSP posiadamy „Księgę główną przyjęć i wypisów”, która prowadzona jest zgodnie z przepisami Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2010 r. Nr 252, poz. 1697 z późn. zm.), zwanego dalej „**Rozporządzeniem o dokumentacji medycznej**”.

W związku z tym, że Księga ta znajduje się w Dziale Statystyki i Dokumentacji Medycznej WSP, nie podlegała ona analizie osób sporządzających Protokół w dniu 14.03.2013 r. Analizie poddano „Księgę przyjęć” znajdującą się w Izbie Przyjęć WSP, która jest dokumentacją wewnętrzną, nie regulowaną przepisami Rozporządzenia o dokumentacji medycznej.

Należy przy tym zaznaczyć, że znajdująca się w w Dziale Statystyki i Dokumentacji Medycznej WSP „*Księga główna przyjęć i wypisów*” posiada wszystkie niezbędne elementy, zgodne z przepisami Rozporządzenia o dokumentacji medycznej.

- 2) W nawiązaniu do uwagi dotyczącej niezgodności dokumentu o nazwie „Karta informacyjna” z treścią § 22 ust. 1 Rozporządzenia o dokumentacji medycznej, zauważyć należy, że przywołany powyżej § 22 dotyczy karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, podczas gdy analizowany przez osoby dokonujące czynności sprawdzających dokument jest dokumentem wystawianym przez WSP dla pacjenta, któremu z różnych przyczyn odmówiono przyjęcia do Szpitala, lub któremu na Izbie Przyjęć jedynie udzielono porady. Ponadto, pragniemy zaznaczyć, iż nie w każdym przypadku pacjent zgłasza się do Izby Przyjęć celem przyjęcia do Szpitala.

Analizowany przez przez osoby dokonujące czynności sprawdzających dokument nie jest „*Kartą informacyjną leczenia szpitalnego*”, o której mowa w § 22 Rozporządzenia o dokumentacji medycznej.

Zgodnie z § 27 ust. 2 Rozporządzenia o dokumentacji medycznej, w przypadku odmowy przyjęcia do szpitala, pacjent otrzymuje pisemną informację o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, o wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach. W WSP dokument ten nosi nazwę „*Karta informacyjna*” z uwagi na fakt, iż przepisy Rozporządzenia o dokumentacji medycznej nie określają nazwy tego dokumentu. Numer „*Karty informacyjnej*” doręczany pacjentowi zgodny jest z numerem „*Księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych*”.

- 3) W odniesieniu do uwagi Protokołu o niezgodności zapisów analizowanych *Kart informacyjnych* o numerach 1319 – 1322 z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz.U. z 2012 r., poz. 159, poz. 742), zwanej w dalszej części „**ustawą o prawach pacjenta i RPO**”, informujemy, iż w ww. kartach znajduje się rozpoznanie, proponowane dalsze postępowanie, informacje o stanie zdrowia, jak również informacja o zastosowanym leczeniu w Izbie Przyjęć. W treści konsultacji lekarskiej dodatkowo zawarte są przyczyny odmowy przyjęcia do Szpitala. Brak jest informacji o rokowaniu.

- 4) Odnosząc się do zarzutu niestosowania przepisów § 15 ust. 5 Rozporządzenia o dokumentacji medycznej w odniesieniu do dokumentu określonego przez Kontrolujących jako „*Karta konsultacyjna*” należy zauważyć, iż przywołany powyżej § 15 ust. 5 Rozporządzenia dotyczy tylko i wyłącznie dokumentacji indywidualnej zewnętrznej udostępnionej przez pacjenta oraz wyników wcześniejszych badań diagnostycznych udostępnionych przez pacjenta.

Rozporządzenie dotyczy dokumentacji zawartej w historii choroby, a nie informacji o stanie zdrowia wydawanej pacjentowi w Izbie Przyjęć. W związku z powyższym nie ma precyzji w tym czy informacja o stanie zdrowia powinna być oryginałem czy kopią.

- 5) W odniesieniu do zastrzeżeń dotyczących naruszenia przez WSP dyspozycji art. 11 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i RPO informujemy, iż wymagane powyższymi przepisami informacje, umieszczone są nad tablicą informacyjną w Izbie Przyjęć w sposób stały (to jest znajdowały się one tam zarówno w dniu dokonywania czynności sprawdzających, jak i są obecnie).

- 6) Ustosunkowując się do zarzutu nieprawidłowości polegającego na braku zadaszenia podjazdu dla karet pogotowia wyjaśniamy, iż na 2014 rok zaplanowane jest wykonanie przebudowy i przeniesienie Izby Przyjęć z Pawilonu nr 21 do Pawilonu nr 20, w związku z zamiarem przeniesienia pomieszczeń siedziby Kliniki do pomieszczeń obecnej Izby Przyjęć, a Izby Przyjęć do pomieszczeń siedziby Kliniki. W związku z tym, że Pawilon nr 20 posiada specjalny zadaszony podjazd dla karetek, spełnione zostaną wymogi określone w pkt 1 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r., poz. 739), zwanego dalej „**Rozporządzeniem w sprawie pomieszczeń i urządzeń.**”

Na marginesie należy zauważyć, że kontrola Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego, która miała miejsce w WSP w ubiegłym tygodniu, nie wykazała usterek w postaci odprysków na listwach odbojowych, skorodowanych kaloryferów, czy pleśni, o których mowa w Protokole.

- 7) Odnosząc się do zarzutu dotyczącego naruszenia art. 39 i 40 ustawy o prawach pacjenta i RPO polegającego na tym, iż pacjenci nie otrzymują oryginału *karty depozytowej*

informujemy, że wcześniej oryginały kart depozytowych były wydawane pacjentom, w wyniku czego wielokrotnie ginęły. Obecnie oryginały przechowywane są w *historii choroby* i wydawane są pacjentom wraz z wypisem ze Szpitala bądź wydawane są na prośbę pacjenta w trakcie jego hospitalizacji w Szpitalu. Mając jednakże na uwadze zalecenia zawarte w Protokole, poczynając od dnia 31.10.2013 r. oryginały kart depozytowych będą wydawane pacjentom przekazującym do depozytu rzeczy wartościowe.

II. Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży

A. Oddział Dziecięcy 21 B

- 1) W odniesieniu do zarzutu braku terapeuty zajęciowego, informujemy, że spełniamy wszystkie wymogi kadrowe zawarte w Załączniku nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. z 2009 r. Nr 140, poz. 1146 z późn. zm.) w tym, w zakresie zatrudniania terapeuty zajęciowego (to jest osoby prowadzącej terapię zajęciową – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek).

Dodatkowo informujemy, że w „Wystąpieniu pokontrolnym” z dnia 29.10.2012 r. sporządzonym przez POW NFZ w zakresie dotyczącym realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, realizowanych w warunkach stacjonarnych oddziału psychiatrycznego w zakresie świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży za okres od dnia 01.03.2011 r. do dnia 05.10.2012 r., ze szczególnym uwzględnieniem weryfikacji wybranych świadczeń zdrowotnych z zakresu Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży, wykazanych do rozliczenia POW NFZ za okres od dnia 01.03.2011 r. do dnia 31.12.2011 r. oraz oceny działalności pod względem rzetelności i legalności oraz warunków określonych w przepisach prawa, z uwzględnieniem organizacji i sposobu udzielania tych świadczeń, POW NFZ ocenił pozytywnie pod względem legalności i rzetelności działalność WSP m.in. w zakresie:

- posiadania wymaganych kwalifikacji przez personel udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach kontrolowanych umów PSY zarówno w stosunku do liczby łóżek zarejestrowanych – 30, jak i liczby łóżek faktycznych – 37;
- zgodności personelu z obowiązującymi standardami NFZ.

Zauważyć przy tym należy, że od czasu ostatniej kontroli, to jest od czasu wskazanego powyżej, WSP nie zmienił ani standardów ani też warunków realizacji kontraktu z publicznym płatnikiem.

- 2) W odniesieniu do analizowanej przez osoby dokonujące czynności sprawdzających *historii choroby* o Nr. Ks. Gł. 1154 pacjenta przyjętego do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t. Dz.U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375), informujemy, że dnia 11.03.2013 r. do Sądu Rejonowego Gdańsk-Południe w Gdańsku V Wydziału Rodzinnego i Nieletnich zostało wysłane – zatwierdzone przez Dyrektora WSP – zawiadomienie o przyjęciu pacjenta do Szpitala na mocy art. 24 ww. ustawy, natomiast zawiadomienie kierownika podmiotu leczniczego o przyjęciu pacjenta bez zgody zostało sporządzone dnia 11.03.2013 r. i podpisane przez lekarza prowadzącego, zgodnie z procedurą wynikającą z art. 23 ww. ustawy. Od dnia 11.03.2013 r. dokumenty te, wspomniane w Protokole, znajdowały się w sekretariacie głównym WSP.
- 3) Odnosząc się do kolejnego zarzutu należy zauważyć, że druki zawiadomienia kierownika podmiotu leczniczego o przyjęciu lub zatrzymaniu osoby chorej psychicznie lub z zaburzeniami psychicznymi bez jej zgody oraz druk zawiadomienia sądu o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego znajdują się w sekretariacie głównym Szpitala. W dokumentacji indywidualnej pacjenta umieszczana jest informacja o dokonaniu w/w czynności. Prawidłowość postępowania w takich przypadkach była wielokrotnie kontrolowana przez sędziów kontrolujących Szpital i nie wykazano żadnych uchybień w tym zakresie.
- 4) W odniesieniu do weryfikacji dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjenta o Nr. Ks. Gł. 696 informujemy, że przeoczono obowiązek odnotowania numeru historii choroby na karcie unieruchomienia lub izolacji. W związku z powyższym, przeprowadzona została rozmowa dyscyplinująca z osobami wypełniającymi karty, w szczególności w kontekście starannego wypełniania dokumentacji medycznej.
- 5) Odnosząc się do zarzutów dotyczących zastosowanych metod leczenia pacjenta z rozpoznaniem jądłowstręt psychiczny o Nr. Ks. Gł. 588 informujemy, iż w Oddziale dziecięco-młodzieżowym są zawieranie kontrakty terapeutyczne oraz stosowane

są również inne metody terapeutyczne zgodnie z obowiązującą sztuką medyczną. Z wyjaśnień otrzymanych od lekarza prowadzącego wynika, że również z pacjentką, o której mowa w Protokole, był podpisany kontrakt. Po zawarciu kontraktu egzemplarz kontraktu został przekazany pacjentce, jej matce, dostępny był on również w dyżurce lekarskiej, pielęgniarskiej oraz został udostępniony psychologowi Oddziału. Informacja o zawarciu kontraktu została również odnotowana w dokumentacji lekarskiej (w historii choroby). Na uwagę zasługuje fakt, iż Oddział dziecięco-młodzieżowy jest placówką akademicką, kierowaną przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, który jest zwolennikiem stosowanych w Oddziale metod terapeutycznych.

- 6) W odniesieniu do zarzutu, że prawo do poszanowania życia prywatnego nie jest w pełni realizowane przez naszą placówkę informujemy, że spełniamy wymogi art. 33 ustawy o prawach pacjenta i RPO tj. pacjent przebywający w WSP ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami. Ponadto, informujemy, że przepisy Rozporządzenia w sprawie pomieszczeń i urządzeń nie przewidują konieczność posiadania przez podmiot leczniczy odrębnego pomieszczenia przeznaczonego do spotkań.
- 7) W odniesieniu do zarzutu dotyczącego prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej (art. 36 ustawy o prawach pacjenta i RPO) uprzejmie informujemy, że duszpasterz – zatrudniony w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Gdańsku – jest obecny na oddziale codziennie, w trakcie roku szkolnego nauka religii prowadzona jest przez księdza w szkole przyszpitalnej, zaś udział we Mszy Św. możliwy jest w dni świąteczne (na terenie Szpitala w Kaplicy). Z uwagi na wiek pacjentów leczonych na Oddziale dziecięco-młodzieżowym, wyjścia do Kaplicy odbywają się pod opieką osób uprawnionych (opiekunowie prawni lub wychowawcy). Ograniczeniem udziału pacjenta we Mszy Św. może być jedynie stan zdrowia pacjenta bądź wola opiekunów prawnych.
- 8) Odnosząc się do zarzutu dotyczącego niewystarczającej liczby szafek do przechowywania odzieży informujemy, że WSP umożliwia pacjentom Szpitala przechowywanie ich odzieży w magazynie centralnym, aczkolwiek pacjent nie ma obowiązku korzystać z takiej możliwości.

- 9) Ustosunkowując się do zastrzeżeń dotyczących naruszenia przez WSP dyspozycji art. 11 ust. 1 ustawy. o prawach pacjenta i RPO, informujemy, iż z uwagi na fakt, iż umieszczanie informacji o prawach pacjenta w ogólnodostępnym miejscu skutkowało regularnym niszczeniem ich przez małoletnich pacjentów, w porozumieniu z Rzecznikiem Praw Pacjenta działającym na terenie WSP uzgodniono, iż WSP ograniczy się do umieszczenia w miejscu ogólnodostępnym to jest na tablicy ogłoszeń informacji o dostępności ww. dokumentów.
- 10) Odnosząc się do zarzutu dotyczącego niezadowolenia pacjentów ze sposobu zachowania personelu pielęgniarского, należy wziąć pod uwagę stan pacjentów przyjmowanych na Oddział, specyfikę zaburzeń leczonych w Szpitalu, jak również fakt, iż sposób postępowania personelu pielęgniarского z pacjentami przebywającymi na Oddziale jest częstokroć wynikiem zaleceń np. lekarza leczącego danego pacjenta, jak również psychologa oraz obowiązujących w tej materii przepisów i regulaminów. Pomimo tego, że określony sposób postępowania względem pacjenta ma w naszej ocenie działanie terapeutyczne, lecznicze i wychowawcze, może zdarzyć się sytuacja, w której zastosowanie określonych środków czy metod działania budzi sprzeciw konkretnego pacjenta lub jego niezadowolenie. W razie zgłoszenia przez pacjenta uwag co do pracy i postępowania personelu pielęgniarского, każde takie zgłoszenie jest szczegółowo analizowane i konfrontowane z personelem medycznym. W okresie ostatniego roku nie odnotowano przypadków niewłaściwego zachowania personelu pielęgniarского względem pacjentów z Oddziału, skutkujących uznaniem naruszenia zasad kodeksu etyki zawodowej.

B. Oddział młodzieżowy 21 A

- 1) W odniesieniu do zarzutu dotyczącego braku zatrudnienia w WSP terapeuty zajęciowego, informujemy, że spełniamy wszystkie wymogi kadrowe zawarte w Załączniku nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w tym, w zakresie zatrudnienia terapeuty zajęciowego (to jest osobę prowadzącą terapię zajęciową – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek).

Informujemy, że w „Wystąpieniu pokontrolnym” z dnia 29.10.2012 r. sporządzonym przez POW NFZ w zakresie dotyczącym realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, realizowanych

w warunkach stacjonarnych oddziału psychiatrycznego w zakresie świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży za okres od dnia 01.03.2011 r. do dnia 05.10.2012 r., ze szczególnym uwzględnieniem weryfikacji wybranych świadczeń zdrowotnych z zakresu Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży, wykazanych do rozliczenia POW NFZ za okres od dnia 01.03.2011 r. do dnia 31.12.2011 r. oraz oceny działalności pod względem rzetelności i legalności oraz warunków określonych w przepisach prawa, z uwzględnieniem organizacji i sposobu udzielania tych świadczeń, POW NFZ ocenił pozytywnie pod względem legalności i rzetelności działalność tutejszego Szpitala m.in. w zakresie:

- posiadania wymaganych kwalifikacji przez personel udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach kontrolowanych umów PSY zarówno w stosunku do liczby łóżek zarejestrowanych – 30, jak i liczby łóżek faktycznych – 37;
- zgodności personelu z obowiązującymi standardami NFZ.

Zauważyć przy tym należy, że od czasu ostatniej kontroli, to jest od czasu wskazanego powyżej, WSP nie zmienił ani standardów ani też warunków realizacji kontraktu z publicznym płatnikiem.

- 2) Ustosunkowując się do zastrzeżeń dotyczących naruszenia przez WSP dyspozycji art. 11 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i RPO, informujemy, iż z uwagi na fakt, iż umieszczanie informacji o prawach pacjenta w ogólnodostępnym miejscu skutkowało regularnym niszczeniem ich przez pacjentów, w porozumieniu z Rzecznikiem Praw Pacjenta działającym na terenie WSP uzgodniono, iż WSP ograniczy się do umieszczenia w miejscu ogólnodostępnym to jest na tablicy ogłoszeń informacji o dostępności ww. dokumentów.
- 3) Odnosząc się do zarzutu dotyczącego prawa pacjenta do opieki duszpasterskiej (art. 36 ustawy o prawach pacjenta i RPO) uprzejmie informujemy, że duszpasterz – zatrudniony w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Gdańsku – jest obecny na oddziale codziennie, w trakcie roku szkolnego nauka religii prowadzona jest przez księdza w szkole przyszpitalnej, udział we Mszy Św. możliwy jest w dni świąteczne (na terenie Szpitala w Kaplicy). Z uwagi na wiek pacjentów leczonych na Oddziale dziecięcymłodzieżowym, wyjścia do Kaplicy odbywają się pod opieką osób uprawnionych (opiekuni prawni lub wychowawcy). Ograniczeniem udziału pacjenta we Mszy Św. może być jedynie stan zdrowia pacjenta, bądź wola jego opiekunów prawnych.

- 4) W odniesieniu do zgłoszonych uwag wynikających z analizy *historii choroby* o Nr. Ks. Gł. 770/859 informujemy, że druki zawiadomienia kierownika podmiotu leczniczego o przyjęciu lub zatrzymaniu osoby chorej psychicznie lub z zaburzeniami psychicznymi bez jej zgody oraz druk zawiadomienia sądu o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego znajdują się w sekretariacie głównym Szpitala. W dokumentacji indywidualnej pacjenta to jest w historii choroby pacjenta zamieszcza się adnotację o dokonaniu powyższych czynności, co jest zgodne z art. 23 ust. 5 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Prawidłowość postępowania w takich przypadkach przez WSP była wielokrotnie kontrolowana przez sędziów kontrolujących Szpital i nie wykazano żadnych uchybień w tym zakresie. Zgodnie z „Protokołem pokontrolnym” Prezesa Sądu Okręgowego w Gdańsku z dn. 15.02.2013 r. dotyczącym Oddziałów 21 A, 21 B, 20A – nie stwierdzono żadnych uchybień w sposobie prowadzenia przez WSP wyżej wskazanej dokumentacji.
- 5) Analizując zarzut dotyczący niespełnienia zapisów § 27 ust. 1 Rozporządzenia w sprawie pomieszczeń i urządzeń, poprzez utrzymywanie na Oddziale tapczanów, uprzejmie informujemy, iż sale wyposażone w tapczaniki mają na celu stworzenie warunków maksymalnie zbliżonych do domowych, co ma względem pacjentów działanie terapeutyczne.
- Niemniej jednak, planujemy sukcesywną wymianę tapczanów na takie, które mają powierzchnie umożliwiające ich mycie i dezynfekcję.
- 6) W odniesieniu do zarzutu osób dokonujących czynności sprawdzające sformułowanego zarówno w kontekście **Oddziału dziecięco-młodzieżowego**, a dotyczącego zbyt dużego zagęszczenia łóżek na oddziale, co uniemożliwia dostęp do łóżek z trzech stron, informujemy, iż na oddziale tym znajdują się najczęściej pacjenci bez ograniczeń ruchowych, a w razie zaistnienia konieczności wynikającej ze stanu zdrowia pacjenta – do każdego łóżka zapewniony jest dostęp określony w przepisach Rozporządzenia w sprawie pomieszczeń i urządzeń. Pragniemy zwrócić uwagę, na fakt, iż jest to jedyny oddział o tej specjalizacji w województwie pomorskim i obniżenie liczby łóżek w celu pełnej realizacji § 18 wyżej przywołanego Rozporządzenia spowoduje znaczący spadek dostępności opieki psychiatrycznej w regionie pomorskim. Liczba łóżek, którą WSP dysponuje nie jest adekwatna w stosunku do rzeczywistych potrzeb w skali województwa. Nie bez znaczenia jest również ustawowy obowiązek zobowiązujący WSP do przyjmowania pacjentów do Szpitala w stanie zagrażającym ich życiu lub zdrowiu,

co niejednokrotnie wiąże się z koniecznością stosowania tzw. „dostawek”. O fakcie tym informowaliśmy wielokrotnie organy nadzorujące Szpital.

III. Oddział ogólnopsychiatryczny 20 A

- 1) Ustosunkowując się do zarzutu dotyczącego braku w *historii choroby* o Nr. Ks. Gł. 934 zawiadomienia kierownika podmiotu leczniczego o zastosowaniu przymusu bezpośredniego informujemy, że powyższa dokumentacja medyczna zawiera wszystkie zapisy wymagane Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz.U. z 2012 r., poz. 740), jednakże w dacie dokonywania czynności sprawdzających dokument - zawiadomienie kierownika podmiotu leczniczego o zastosowaniu przymusu bezpośredniego był w obiegu wewnętrznym, zgodnie z obowiązującą w tym zakresie procedurą.

IV. Oddział ogólnopsychiatryczny 20 B

- 1) Odnosząc się do zarzutu dotyczącego braku zatrudnienia na Oddziale psychologa informujemy, iż na dzień dokonywania czynności sprawdzających w Oddziale ogólnopsychiatrycznym 20 B było 40 łóżek rejestrowych, a nie 46 jak wskazano w Protokole pokontrolnym, w związku z czym WSP spełnia normy zatrudnienia określone w Załączniku nr 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. W oddziale znajdują się dodatkowe łóżka w związku z nadlimitowym kierowaniem pacjentów w stanach nagłych, o czym systematycznie informujemy organy nadzorujące Szpital. Jak już wyżej była o tym mowa, liczba łóżek, którą WSP dysponuje nie jest adekwatna w stosunku do rzeczywistych potrzeb w skali województwa. Nie bez znaczenia jest również ustawowy obowiązek zobowiązujący WSP do przyjmowania pacjentów do Szpitala w stanie zagrażającym ich życiu lub zdrowiu, co niejednokrotnie wiąże się z koniecznością stosowania tzw. „dostawek”.
- 2) W związku z tym, iż w Protokole zapisano, że Szpital narusza prawa pacjenta określone w art. 8 ustawy o prawach pacjenta i RPO analogicznie jak na Oddziale 21 A, oświadczamy, iż na Oddziale ogólnopsychiatrycznym 20 B znajduje się pomieszczenie

sanitarno-higieniczne przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich.

Jednocześnie zaznaczamy, że zapis w tym miejscu Protokołu (strona 18 akapit 6) o analogicznych ustaleniach jak w Oddziale 21 A jest dla nas niejasny, stąd brak możliwości udzielenia bardziej szczegółowych wyjaśnień.

- 3) Z uwagi na brak wskazania przez osoby dokonujące czynności sprawdzających w Protokole z kontroli numeru księgi głównej losowo wybranej do analizy *historii choroby*, niemożliwym jest ustosunkowanie się przez WSP do zarzutu dotyczącego braku numeru historii choroby na *karcie zastosowania unieruchomienia lub izolacji*.

V. Odnosząc się całościowo do zarzutów podniesionych w Protokole, a dotyczących uchybień sanitarno-technicznych i infrastrukturalnych w odniesieniu do wszystkich kontrolowanych oddziałów informujemy, że wskazane powyżej uchybienia oraz termin ich usunięcia zawarte zostały w dokumencie p.n. „Program dostosowawczy opracowany na lata 2012-2016” w dostosowaniu do wymagań określonych w Rozporządzeniu o pomieszczeniach i urządzeniach. Program ten został pozytywnie zaopiniowany przez Pomorskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Gdańsku.

Jednocześnie informujemy, iż zgodnie z podpisaną przez WSP umową z firmą zewnętrzną świadcząca na rzecz WSP usługi utrzymania czystości w Szpitalu, brakujące dozowniki z mydłem w płynie oraz ręczniki jednorazowego użycia i pojemniki na zużyte ręczniki zostaną uzupełnione do dnia 31.08.2013 r.

Dodatkowo pragniemy zwrócić uwagę na fakt, iż nie stwierdzono na Izbie Przyjęć skorodowanych kaloryferów, o których mowa w Protokole. Należy zaznaczyć, że całkowita wymiana sieci grzewczej w WSP miała miejsce w latach 2011/2012.

W odniesieniu do zarzutu dotyczącego braku glazury w gabinecie zabiegowym Izby Przyjęć informujemy, że przepisy Rozporządzenia w sprawie pomieszczeń i urządzeń nie wymagają obowiązku stosowania glazury, a jedynie wskazują na konieczność zastosowania powierzchni zmywalnych, możliwych do dezynfekcji. Pomimo

powyższego stanowiska, zgodnie z zaleceniami wynikającymi z Protokołu, w gabinecie zabiegowym Izby Przyjęć została położona glazura.

VI. Reasumując, w odniesieniu do zaleceń „Protokołu ze zbadania sprawy na miejscu” nr RzPP-ZZP-0932-4-5/AGU/BW/PG/2013 przedstawiamy następujące działania:

- Ad. 1. W odniesieniu do wszystkich kontrolowanych oddziałów informujemy, że wszystkie uchybienia sanitarno-techniczne i infrastrukturalne oraz termin ich usunięcia zawarte zostały w dokumencie o nazwie „Program dostosowawczy opracowanym na lata 2012-2016” w dostosowaniu do wymagań określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26.06.2012 r. w sprawie szczególnych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2012 r., Nr 739). Program ten został pozytywnie zaopiniowany przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gdańsku.
- Ad. 2. Zgodnie z podpisaną przez WSP umową z firmą zewnętrzną świadcząca na rzecz WSP usługi utrzymania czystości w Szpitalu, brakujące dozowniki z mydłem w płynie oraz ręczniki jednorazowego użycia i pojemniki na zużyte ręczniki zostaną uzupełnione do dnia 31.08.2013 r.
- Ad. 3. Nadto oświadczamy, iż spełniamy normy zatrudnienia, w tym liczbę zatrudnionych psychologów i terapeutów, zgodnie z Załącznikiem Nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. z 2009 r. Nr 140, poz. 1146 z późn. zm.), co zostało potwierdzone przez kontrolę POW NFZ.
- Ad. 4. W Oddziale dziecięco-młodzieżowym od wielu lat prowadzone są kontrakty terapeutyczne ustalające metody leczenia i normy przyrostu masy ciała w stosunku do pacjentów hospitalizowanych z powodu rozpoznania jadłowstrętu psychicznego.
- Ad. 5. Nadto informujemy, że obowiązująca w Szpitalu procedura wydawania kart depozytowych zostanie zmieniona zgodnie z zaleceniami, do dnia 31.10.2013 r.

- Ad. 6. Jeżeli zaś chodzi o zasady udostępniania pacjentom informacji o ich prawach określonych zarówno w ustawie o prawach pacjenta i RPO oraz w odrębnych przepisach, to informujemy, iż na Oddziałach Psychiatrycznych dla Dorosłych (20A i 20B) prawa te są udostępnione na tablicy ogłoszeń. Jeżeli zaś chodzi o oddziały Psychiatryczne dla Dzieci i Młodzieży (21A i 21B) to z uwagi na stałe i sukcesywne niszczenie ogłoszeń przez małoletnich pacjentów, w porozumieniu z Rzecznikiem Praw Pacjenta działającym na terenie WSP uzgodniono, iż WSP ograniczy się do umieszczenia w miejscu ogólnodostępnym to jest na tablicy ogłoszeń informacji o dostępności ww. dokumentów.
- Ad. 7. Uprzejmie informujemy, że duszpasterz – zatrudniony w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Gdańsku – jest obecny na oddziale codziennie, w trakcie roku szkolnego nauka religii prowadzona jest przez księdza w szkole przyszpitalnej, udział we Mszy Św. możliwy jest w dni świąteczne na terenie Szpitala w Kaplicy. Z uwagi na wiek pacjentów leczonych na Oddziale dziecięco-młodzieżowym, wyjścia do Kaplicy odbywają się pod opieką osób uprawnionych (opiekunów prawnych lub wychowawców). Ograniczeniem udziału pacjenta we Mszy Św. może być jedynie stan zdrowia pacjenta bądź wola opiekunów prawnych.
- Ad. 8. Systematycznie prowadzone są szkolenia personelu pielęgniarskiego, w tym z zakresu komunikacji z pacjentem. Zapewniamy, że praktyka ta będzie kontynuowana.
- Ad. 9. Szkolenia personelu medycznego z zakresu przepisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2010 r. Nr 252, poz. 1697 z późn. zm.) prowadzone są systematycznie. Zapewniamy, że praktyka ta będzie kontynuowana.
- Ad. 10. Szkolenia dla personelu medycznego z zakresu przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz.U. z 2012 r., poz. 159, poz. 742) prowadzone są systematycznie, zaś przeprowadzenie kolejnego szkolenia planowane jest do dnia 30.11.2013 r.

VII. Komentarz

W naszej ocenie, niezgodności ze stanem faktycznym jakie pojawiły się w „Protokole ze zbadania sprawy na miejscu”, mogą wynikać z faktu, iż osoby dokonujące czynności sprawdzających nie zweryfikowały i nie skonfrontowały poczynionych pobieżnie spostrzeżeń ze stanowiskiem i informacjami będącymi w posiadaniu osób kierujących Szpitalem.

Ceniąc współpracę z Rzecznikiem Praw Pacjenta zwracamy się z prośbą o współdziałanie, które poprzez dokonanie interpretacji przepisów mogłoby doprowadzić do jednolitego rozumienia uprawnień Rzecznika Praw Pacjenta i obowiązków szpitala. Zdajemy sobie sprawę, iż Rzecznik szanuje i oczekuje od innych podmiotów respektowania prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych (art. 20 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta). Obecność innych osób (poza osobami wykonującymi zawód medyczny i udzielającymi świadczeń) w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych wymaga zgody pacjenta, a w przypadku pacjenta małoletniego zgody ich przedstawiciela ustawowego (art. 22 cyt. ustawy). Bez zrozumienia tych przepisów możemy w niezamierzony sposób narazić się na naruszenie praw pacjenta, a samych pacjentów na dodatkowy stres. W szczególności przeprowadzanie rozmów z pacjentami małoletnimi bez wiedzy i zgody przedstawicieli ustawowych, fotografowanie ich rzeczy i dokumentacji medycznej, poddawanie w wątpliwość stosowanych wobec nich metod leczenia w dniu 14 marca 2013 r. zrodziło duży niepokój pacjentów, zapewne w sposób niezamierzony.

Ponieważ z treści protokołu przywołującego w podstawie prawnej art. 50 ust. 3 w związku z art. 52 ust.2 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie wynika w jakiej sprawie przeprowadzono postępowanie wyjaśniające, to próbujemy ustalić, jakie naruszenie art. 8 cyt. ustawy mogło być uprawdopodobnione. Przywołany przepis przyznaje pacjentowi prawo 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 samorzady zawodów medycznych. Jak w tym kontekście sprecyzować wyjaśnianą przez Rzecznika sprawę, gdy w upoważnieniu do zbadania sprawy na miejscu jako przedmiot podano: zweryfikowanie stopnia przestrzegania praw pacjentów wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw

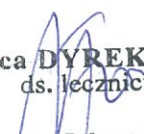
Pacjenta, ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz przepisów szczególnych? Jako okres objęty badaniem podano czas od 1 stycznia 2012 r. do dnia 15 marca 2013 r.

Analiza niniejszego postępowania powinna pomóc Rzecznikowi i nam określić, jakie dokumenty dotyczące jakich pacjentów należy udostępnić, po przedłożeniu zgód, o które winien wystąpić Rzecznik (i uzyskać pisemne zgody pacjenta oraz przedstawiciela ustawowego małoletniego pacjenta).

Informacje o pacjentach zawierające dane osobowe pacjentów mogą być udzielane w trybie i na zasadach przepisów określonych w ustawie o ochronie danych osobowych, z zastrzeżeniem przepisów szczególnych, którymi w przypadku Szpitala jest w szczególności ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. W kwestii udostępniania dokumentacji medycznej wskazać należy, że zgodnie z art. 26 ust 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Stosownie do art. 26 ust 2 pkt 2 ustawy podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną również organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru. Należałoby zatem rozważyć, czy Rzecznik Praw Pacjenta jest organem kontroli i nadzoru, skoro ustawodawca nie zapisał tego wprost w przepisach.

Rozumiemy, iż dla nas wspólnie priorytetem jest poprawa jakości udzielania świadczeń zdrowotnych i w tym duchu skorzystamy z Państwa spostrzeżeń zawartych w protokole z dnia 19 lipca 2013 r.

Z wyrazami szacunku


Z-ca DYREKTORA
ds. leczenia
lek. med. Jolanta Ferszka
specjalista psychiatra

Do wiadomości:

1. Pan Mieczysław Struk, Marszałek Województwa Pomorskiego – Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego, ul. Okopowa 21/27, 80-810 Gdańsk;
2. Pani Jolanta Sobierańska-Grenda, Dyrektor Departamentu Zdrowia UMWP – Departament Zdrowia, Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego, ul. Okopowa 21/27, 80-810 Gdańsk;
3. Pan prof. dr hab. med. Zbigniew Nowicki, Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Psychiatrii – Katedra Chorób Psychiczych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk;
4. Pan Dariusz Cichy, Pomorski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny – Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Gdańsku, ul. Dębinki 4, 80-211 Gdańsk;
5. Pani Małgorzata Paszkowicz, p.o. Dyrektora Pomorskiego OW NFZ – Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Marynarki Polskiej 148, 80-865 Gdańsk;
6. Pan Bartosz Arłukowicz, Minister Zdrowia – Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa;
7. Pani prof. dr hab. Irena Lipowicz, Rzecznik Praw Obywatelskich – Al. Solidarności 77, 00-090 Warszawa;
8. Pan Marek Michalak, Rzecznik Praw Dziecka – ul. Przemysłowa 30/32, 00-450 Warszawa.