

RzPP-ZZP-0932-5-5/BM/HZ/2013

Warszawa...^{15.07}...2013 r.

Protokół ze zbadania sprawy na miejscu

przez pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta w dniach 16 – 17 maja 2013 r. w Samodzielnym Wojewódzkim Publicznym Zespole Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. dr Barbary Borzym w Radomiu (dalej: SWPZZPOZ¹ 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 uprawdpodobniające 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 uprawdpodobnionego naruszenia art. 8 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

W dniach: 16 – 17 maja 2013 r. czynności sprawdzające zostały przeprowadzone przez:

1. Pana Huberta Zalewskiego – Głównego specjalistę w Zespole ds. Zdrowia Psychicznego,
2. Panią Beatę Matulińską – Starszego specjalistę w Zespole ds. Zdrowia Psychicznego.

¹ § 1 pkt 4 Statutu Samodzielnego Wojewódzkiego Publicznego Zespołu Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. dr Barbary Borzym w Radomiu.

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

Osoby dokonujące czynności sprawdzających posiadały stosowne upoważnienia udzielone przez Rzecznika Praw Pacjenta³.

II. Ustalenia dotyczące podmiotu leczniczego

Samodzielny Wojewódzki Publiczny Zespół Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. dr Barbary Borzym w Radomiu jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴. Ww. podmiot leczniczy został wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w dniu 5 lipca 2011 r.,

Podmiotem tworzącym Samodzielny Wojewódzki Publiczny Zespół Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. dr Barbary Borzym w Radomiu jest Samorząd Województwa Mazowieckiego⁵.

Zgodnie z *Regulaminem Organizacyjnym Samodzielnego Wojewódzkiego Publicznego Zespołu Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. dr Barbary Borzym w Radomiu*⁶, w strukturze SWPZZPOZ wyodrębnia się trzy przedsiębiorstwa o nazwach:

- 1) „Szpital”;
- 2) „Zakład Opiekuńczo-Leczniczy”;
- 3) „Zakład Opieki Pozaszpitalnej”.

W przedsiębiorstwie „Szpital”, będącym miejscem czynności zbadania sprawy na miejscu przez pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta wyodrębnia się następujące komórki organizacyjne:

- 1) Oddziały Psychiatryczne Ogólne: P-1, P-2, P-3, P-4, P-5;
- 2) Oddział Psychiatryczny dla Przewlekłe Chorych P-6;
- 3) Oddział Psychosomatyczny;
- 4) Oddział Leczenia Zaburzeń Nerwicowych;
- 5) Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych;
- 6) Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu;
- 7) Oddział Leczenia Zespołów Abstynencyjnych po Środkach Psychoaktywnych;
- 8) Oddział Terapii Uzależnienia od Środków Psychoaktywnych;

³ Nr upoważnień: RzPP-ZZP-0932-5-2/BW/KB/2013, RzPP-ZZP-0932-5-3/BW/KB/2013.

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

⁵ Statut Samodzielnego Wojewódzkiego Publicznego Zespołu Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. dr Barbary Borzym w Radomiu – załącznik do uchwały Nr 145/12 Sejmiku Województwa Mazowieckiego z dnia 25 czerwca 2012 r.

⁶ Załącznik do Zarządzenia Nr 53/2012 z dnia 28 grudnia 2012 r. Dyrektora Samodzielnego Wojewódzkiego Publicznego Zespołu Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. dr Barbary Borzym w Radomiu w sprawie wprowadzenia Regulaminu Organizacyjnego.

9) Oddział Rehabilitacji Neurologicznej;

10) Izba Przyjęć;

11) Apteka Zakładowa.

SWPZZPOZ w Radomiu w ramach działalności leczniczej udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- 1) stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych w zakresie całodobowej opieki psychiatrycznej, leczenia uzależnień oraz rehabilitacji neurologicznej realizowanych przez komórki organizacyjne wchodzące w skład przedsiębiorstwa „Szpital”;
- 2) stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, polegających na udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem opiekę, pielęgnację i rehabilitację oraz leczenie pacjentów niewymagających hospitalizacji, a także zapewnieniu im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia realizowanych przez Zakład Opiekuńczo-Lecznicy Psychiatryczny wchodzący w skład przedsiębiorstwa „Zakład Opiekuńczo-Lecznicy”;
- 3) ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie specjalistycznej psychiatrycznej opieki zdrowotnej, leczenia uzależnień, neurologii, rehabilitacji leczniczej oraz konsultacji specjalistycznych i badań diagnostycznych wykonywanych w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego realizowanych przez komórki organizacyjne wchodzące w skład przedsiębiorstwa „Zakład Opieki Pozaszpitalnej”.

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*, przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o *ochronie zdrowia psychicznego*⁷ 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 psychiatrycznego*⁸;

⁷ Tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375.

⁸ Dz. U. z 2012 r., poz. 854.

z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁹;

c) 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 zabezpieczających¹⁰.

Zaznaczyć należy, iż czynności sprawdzające zostały przeprowadzone w szczególności w związku ze zgłaszanymi przez Pacjentów do Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, pełniącego funkcję na terenie SWPZZPOZ w Radomiu, skargami w przedmiocie braku możliwości uczestniczenia w spacerach grupowych.

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 polegające na analizie dokumentacji medycznej pacjentów:

- 1) aktualnie przebywających w SWPZZPOZ w Radomiu, wobec których zastosowano środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym (26 losowo wybranych *historii chorób*);
- 2) wypisanych ze Szpitala, a przebywających wcześniej na podstawie art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz pacjentów, wobec których zastosowano środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym (11 losowo wybranych *historii chorób*).

Samodzielny Wojewódzki Publiczny Zespół Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. dr Barbary Borzym w Radomiu dysponuje warunkami podstawowego zabezpieczenia¹¹.

Dyrekcja Szpitala oraz wyznaczeni pracownicy współpracowali w trakcie czynności z pracownikami Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

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

¹⁰ Dz. U. z 2004 r. Nr 179, poz. 1854, z późn. zm.

¹¹ Załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2010 r.: Wykaz zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających w warunkach podstawowego zabezpieczenia i ich pojemność (Dz. U. z 2010 r. Nr 170, poz. 1148).

Ad. 1) Analiza indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów (*historii choroby*) aktualnie przebywających w SWPZZPOZ w Radomiu, wobec których zastosowano środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym wykazała:

1. Oddział Psychiatryczny P - I

a) Pacjent – _____

Indywidualna dokumentacja medyczna niekompletna. Stwierdzono brak załącznika: *Indywidualnej Karty Terapii Zajęciowej* oraz *Karty Indywidualnej Opieki Pielęgniarskiej* od dnia 31 stycznia 2013 r., co uniemożliwiło stwierdzenie, czy Pacjent korzystał z przewidzianych przepisami prawa (art. 202 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. kkw) oraz zapisami w Regulaminie Szpitala przywilejów i praw przysługujących pacjentowi zakładu dysponującego warunkami podstawowego zabezpieczenia (§ 10 ust. 4 rozporządzenia w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających).

Z treści dokumentu pt.: *Kontrolka internacji sądowo-psychiatrycznej* wynika, że wymagane przepisem art. 203 § 1 kkw opinie sądowo-psychiatryczne trzykrotnie były sporządzane z kilkudniowym opóźnieniem.

b) Pacjent – _____

Historia choroby niekompletna. Brak załącznika: *Indywidualnej Karty Terapii Zajęciowej*. *Karta Indywidualnej Opieki Pielęgniarskiej* kończy się wpisem z dnia 29/30 listopada 2012 r.

Opinie sądowo-psychiatryczne wysyłane w terminie przewidzianym przepisami prawa.

c) Pacjent – I _____

Historia choroby niekompletna. Brak załączników: *Karty Zleceń Lekarskich*, *Indywidualnej Karty Terapii Zajęciowej*. *Karta Indywidualnej Opieki Pielęgniarskiej* kończy się wpisem z dnia 16/17 kwietnia 2013 r.

d) Pacjent – _____

Historia choroby niekompletna. Brak załączników: *Karty Zleceń Lekarskich*, *Indywidualnej Karty Terapii Zajęciowej*, *Karty Indywidualnej Opieki Pielęgniarskiej*.

2. Oddział Psychiatryczny P – II

a) Pacjent – _____

W = , cf

Historia choroby niekompletna. Brak załączników: *Karty Zleceń Lekarskich, Indywidualnej Karty Terapii Zajęciowej, Karty Indywidualnej Opieki Pielęgniarskiej.*

b) Pacjent – _____

W historii choroby brakowało załączników: *Karty Zleceń Lekarskich, Indywidualnej Karty Terapii Zajęciowej, Karty Indywidualnej Opieki Pielęgniarskiej.*

c) Pacjent – _____

W historii choroby Pacjenta stwierdzono brak załączników: *Karty Zleceń Lekarskich* (w historii choroby znajdowała się kartka z notesu zawierająca sposób dawkowania przepisanych leków, która nie była oznaczona ani nazwiskiem Pacjenta ani nazwiskiem zlecającego), *Karty Indywidualnej Opieki Pielęgniarskiej* oraz *Indywidualnej Karty Terapii Zajęciowej.*

Z treści dokumentu pt.: *Kontrolka internacji sądowo-psychiatrycznej* wynika, iż ostatnia opinia sądowo-psychiatryczna została wysłana do sądu w dniu 30 sierpnia 2012 r. W związku z powyższym, stwierdzono przekroczenie terminu sporządzenia opinii sądowo-psychiatrycznej określonego w art. 203 § 1 kkw.

d) Pacjent – _____

W historii choroby stwierdzono brak załączników: *Karty Zleceń Lekarskich, Indywidualnej Karty Terapii Zajęciowej, Karty Indywidualnej Opieki Pielęgniarskiej.*

W dokumencie pt.: *Kontrolka internacji sądowo-psychiatrycznej* znajdują się wpisy o sporządzeniu opinii sądowo-psychiatrycznej datowane na 7 września 2012 r. i 27 marca 2013 r. W związku z powyższym, stwierdzono przekroczenie wymaganego art. 203 § 1 kkw terminu sporządzenia opinii sądowo-psychiatrycznej.

e) Pacjent – _____

W historii choroby stwierdzono brak załączników: *Karty Zleceń Lekarskich, Indywidualnej Karty Terapii Zajęciowej, Karty Indywidualnej Opieki Pielęgniarskiej.*

f) Pacjent – _____

W historii choroby stwierdzono brak załączników: *Karty Zleceń Lekarskich, Indywidualnej Karty Terapii Zajęciowej, Karty Indywidualnej Opieki Pielęgniarskiej.*

3. Oddział Psychiatryczny P – III

a) Pacjent – _____

W historii choroby stwierdzono brak załącznika: *Indywidualnej Karty Terapii Zajęciowej.* Poza tym ww. dokumentacja medyczna prowadzona była bez zastrzeżeń

w zakresie wymaganym w rozporządzeniu w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

b) Pacjent:

W historii choroby stwierdzono brak załącznika: *Indywidualnej Karty Terapii Zajęciowej*. W części *Przebieg choroby* w historii choroby znajdowały się wpisy ze stycznia 2013 r., a następne z maja 2013 r. Strony ww. dokumentacji medycznej nie były ponumerowane.

W dokumencie pt.: *Kontrolka internacji sądowo-psychiatrycznej* stwierdzono wpisy świadczące o niezachowaniu przewidzianych prawem terminów przesyłania do sądu opinii sądowo-psychiatrycznych.

c) Pacjent -

W historii choroby znajduje się *Karta Zleceń Lekarskich* z nieczytelnymi datami (brak wskazania roku) dokonania zlecenia.

We wpisach dokonywanych w indywidualnej dokumentacji medycznej Pacjenta nie znaleziono wpisów świadczących o tendencjach ucieczkowych albo agresywnych zachowaniach Pacjenta. Zachowanie Pacjenta opisywane było jako spokojne i podporządkowane.

W *Indywidualnym Programie Terapii Zajęciowej* dla Pacjenta przewidziano następujący program zajęć terapeutycznych, cyt.:

„- cel: motywowanie do współpracy w grupie, poszukiwanie nowych celów życiowych, wyrabianie podnoszenia umiejętności rozwiązywania problemów życia codziennego;

- plan: uczęszczanie na zebrania społeczności oddziału, aktywny udział w muzykoterapii i gimnastyce, uczestniczenie w zajęciach rekreacyjnych”.

W części ww. dokumentacji pt. *Obserwacje instruktora* znajdowały się wpisy z następujących dni: 10 maja 2012 r., 20 maja 2012 r., 1 czerwca 2012 r., 18 czerwca 2012 r. informujące o tym, że Pacjent uczestniczył w spacerach grupowych. Tymczasem w *Karcie uczestnictwa w terapii zajęciowej* odnotowano, że Pacjent nie brał udziału w spacerach w okresie: od 17 kwietnia 2012 r. do 25 maja 2012 r. Odnotowano również, że od dnia 18 marca 2011 r., czyli od początku ostatniej hospitalizacji, Pacjent uczestniczył w spacerach dziewiętnaście razy. W dokumencie *Obserwacje instruktora* znajdowało się kilka wpisów z informacją, że Pacjent odmówił wyjścia na spacer. Nie umieszczono jednak adnotacji o powodach decyzji Pacjenta oraz o tym, czy motywowano Pacjenta do uczestnictwa w spacerach.

W. S. D.

Na uwagę zasługują również załączone do *historii choroby* podanie Pacjenta z dnia

3 listopada 2011 r. do Ordynatora Oddziału w sprawie wyrażenia zgody na podjęcie prac porządkowych w Oddziale. W odniesieniu do powyższego nie określono zakresu ani charakteru prac, które Pacjent miałby wykonywać.

d) Pacjent –

Historia choroby prowadzona niestarannie w zakresie: brak ponumerowanych stron, w *historii choroby* znajdowały się niewypełnione pozycje, nieuporządkowane załączniki. Z ww. dokumentacji wynika, że Pacjent sporadycznie wychodził na spacer.

e) Pacjent –

Indywidualna dokumentacja medyczna prowadzona bez zastrzeżeń.

f) Pacjent –

Indywidualna dokumentacja medyczna prowadzona niestarannie (nieuporządkowane druki, brak numeracji stron).

g) Pacjent –

Brak zastrzeżeń do prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej.

h) Pacjent –

Wpisy w indywidualnej dokumentacji medycznej dokonywano chronologicznie w sposób czytelny. *Indywidualny program terapii zajęciowej* zawierał informacje o uczestnictwie Pacjenta w spacerach oraz zajęciach terapeutycznych.

i) Pacjent –

Indywidualna dokumentacja medyczna prowadzona prawidłowo. Pacjent uczestniczył w spacerach i zajęciach terapeutycznych.

4. Oddział Psychiatryczny P – IV

a) Pacjent –

Historia choroby prowadzona niestarannie, nieczytelnie. Tym samym nie było możliwe dokonanie oceny, czy Pacjent uczestniczył w spacerach.

b) Pacjent –

Indywidualna dokumentacja medyczna niekompletna. Tym samym nie było możliwe dokonanie oceny, czy Pacjent uczestniczył w spacerach.

c) Pacjent –

Indywidualna dokumentacja medyczna przekazana bez części umożliwiających ocenę w zakresie czynności sprawdzających (brak załączników: *Karty Zleceń Lekarskich*, *Indywidualnej Karty Terapii Zajęciowej*, *Karty Indywidualnej Opieki Pielęgniarskiej*).

5. Oddział Psychiatryczny P – V

a) Pacjent – _____

W indywidualnej dokumentacji medycznej brak załącznika: *Karty Indywidualnej Opieki Pielęgniarskiej*. Z wpisów wynika, że Pacjent korzystał z grupowych spacerów oraz z zajęć terapeutycznych.

b) Pacjent - _____

W *Indywidualnym Programie Terapii Zajęciowej* przewidziano dla Pacjenta następujące zajęcia: „uczęszczanie na zebrania społeczności terapeutycznej, ergoterapia (bez wyszczególnienia zakresu czynności w ramach zajęć ergoterapeutycznych), terapia przy stole – zajęcia manualne, biblioterapia”. Spacerów nie przewidziano.

Z *Karty uczestnictwa w terapii zajęciowej* wynika, że od dnia przyjęcia do szpitala, tj. 17 grudnia 2010 r., Pacjent uczestniczył cztery razy w spacerach grupowych.

c) Pacjent – _____

Przekazana indywidualna dokumentacja medyczna nie zawierała załączników: *Karty Zleceń Lekarskich* (załączono tylko niewypełniony formularz), *Indywidualnej Karty Terapii Zajęciowej* oraz *Karty Indywidualnej Opieki Pielęgniarskiej*.

d) Pacjent: _____

Indywidualna dokumentacja medyczna prowadzona niestarannie. Brak numerów stron oraz nieuporządkowanie kart *historii choroby*, w tym jej załączników, znacznie utrudniało odtworzenie chronologii wpisów. Pacjent nie uczestniczył w spacerach grupowych. Jak poinformował Zastępcę Ordynatora Oddziału Psychiatrycznego P – 5, brak spacerów u Pacjenta wynikał z obawy, że Pacjent oddali się z terenu Szpitala. Ponadto Zastępcę Ordynatora poinformował osoby dokonujące czynności sprawdzające o skierowaniu do Sądu Okręgowego w Szczecinie opinii sądowo-psychiatrycznej zawierającej informację, że Pacjent *wymaga przeniesienia do pełno profilowego szpitala w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia*. Kserokopia przedmiotowej opinii została udostępniona osobom dokonującym czynności sprawdzające przez Kancelarię Szpitala. Opinia została sporządzona w dniu 16 maja 2013 r., tj. w dniu czynności zbadania sprawy na miejscu przez pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

Ad. c) 2) Analiza indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów (*historii choroby*) wypisanych ze Szpitala, a przebywających wcześniej na podstawie art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz pacjentów, wobec których zastosowano środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym wykazała:

a) Pacjent –

Pacjent przyjęty na podstawie art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W *historii choroby* w części: Załącznik do historii choroby – szpital psychiatryczny w sprawie przyjęcia z mocy art.: 22, ust. 2 i 5, 23, 24, 29 nie odnotowano czynności, o których mowa w art. 23 ust. 2 w związku z ust. 5 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Zgodnie z przytoczonym przepisem, o przyjęciu do szpitala osoby chorej psychicznie bez zgody wymaganej w art. 22 ww. ustawy postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym zbadaniu tej osoby i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa. Powyższe czynności odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

b) Pacjent

Pacjent przyjęty na podstawie art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Z dokumentacji wynika, że Pacjent w trakcie całego pobytu w Szpitalu, tj. od dnia 26 lutego 2013 r. do dnia 3 kwietnia 2013 r., nie uczestniczył w spacerach grupowych.

c) Pacjent

Pacjent przyjęty do Szpitala na podstawie art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Brak zastrzeżeń co do sposobu prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej. W wyniku analizy wpisów stwierdzono, iż wobec Pacjenta podejmowano czynności leczniczo-rehabilitacyjne.

d) Pacjent

Pacjent przebywał na internacji w okresie: od 11 czerwca 2011 r. do 1 sierpnia 2012 r. W *Indywidualnym Programie Terapii Zajęciowej* zaplanowano dla Pacjenta następujące zajęcia: uczęszczanie w muzykoterapii, gimnastyce porannej, spacerach, udział w zajęciach rekreacyjnych, udział w zebraniach społeczności terapeutycznych. Z *Karty Uczestnictwa w Terapii Zajęciowej* wynika, że Pacjent w dniach: od 13 maja 2012 r. do dnia wypisu (zwolnienia z internacji), nie uczestniczył w zaplanowanych spacerach grupowych. W *historii choroby* nie znaleziono załączników, tj.: *Kart Uczestnictwa*, z wcześniejszego okresu pobytu Pacjenta w Szpitalu. Ponadto, brakowało adnotacji uzasadniającej brak uczestnictwa Pacjenta w spacerach.

e) Pacjent

Pacjent przebywał na internacji w terminie: od 3 lutego 2012 r. do 26 listopada 2012 r. Jak wynika z treści *Indywidualnego Programu Terapii Zajęciowej*, dla Pacjenta zaplanowano następujące zajęcia: „uczęszczanie na zebrania społeczności terapeutycznej Oddziału P – V, terapia przy stole – zajęcia manualne, udział w gimnastyce porannej i muzykoterapii”.

Analiza wpisów w indywidualnej dokumentacji medycznej Pacjenta prowadzi do wniosku, że w czasie hospitalizacji Pacjent nie uczestniczył w spacerach grupowych. W części *Przebieg choroby w historii choroby* nie odnaleziono wpisów dotyczących ewentualnych powodów braku uczestniczenia Pacjenta w spacerach.

f) Pacjent

Pacjent przyjęty na podstawie art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Brak zastrzeżeń co do sposobu prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej oraz wynikającego z zapisów w przedmiotowej dokumentacji postępowania leczniczo-rehabilitacyjnego wobec Pacjenta.

g) Pacjent

Pacjent przyjęty na podstawie art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W indywidualnej dokumentacji medycznej w części: *Załącznik do historii choroby – szpital psychiatryczny w sprawie przyjęcia z mocy art.: 22, ust. 2 i 5, 23, 24, 29* nie odnotowano czynności, o których mowa w art. 23 ust. 2 w związku z ust. 5 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Z zapisów zamieszczonych w *Karcie Uczestnictwa w Terapii Zajęciowej* wynika, że w czasie hospitalizacji (tj. od dnia 1 stycznia 2013 r. do 11 marca 2013 r.) Pacjent nie uczestniczył w spacerach grupowych. Dokonując analizy wpisów w części *Przebieg choroby*, nie odnaleziono wpisów dotyczących ewentualnych powodów braku możliwości uczestniczenia Pacjenta w spacerach.

h) Pacjent

Pacjent przyjęty na podstawie art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W dokumentacji w części: *Załącznik do historii choroby – szpital psychiatryczny w sprawie przyjęcia z mocy art.: 22, ust. 2 i 5, 23, 24, 29* nie odnotowano czynności, o których mowa w art. 23 ust. 2 w związku z ust. 5 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Zgodnie z przytoczonym przepisem, o przyjęciu do szpitala osoby chorej psychicznie bez zgody wymaganej w art. 22 ww. ustawy postanawia lekarz wyznaczony

W=3d

z do tej czynności po osobistym zbadaniu tej osoby i zasięgnięciu w miarę możliwości
opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa. Powyższe czynności odnotowuje
się w dokumentacji medycznej.

i) Pacjent

Pacjent przyjęty na podstawie art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.
W dokumentacji w części: *Załącznik do historii choroby – szpital psychiatryczny
w sprawie przyjęcia z mocy art.: 22, ust. 2 i 5, 23, 24, 29* nie odnotowano czynności,
o których mowa w art. 23 ust. 2 w związku z ust. 5 ustawy o ochronie zdrowia
psychicznego.

Z wpisów zamieszczonych w *Karcie Uczestnictwa w Terapii Zajęciowej* wynika, że
w czasie hospitalizacji (tj. od dnia 24 października 2011 r. do 27 grudnia 2012 r.)
Pacjent nie uczestniczył w spacerach grupowych. Dokonując analizy wpisów w części
Przebieg choroby, nie odnaleziono wpisów dotyczących ewentualnych powodów braku
możliwości uczestniczenia Pacjenta w spacerach.

j) Pacjent

Pacjent przyjęty na podstawie art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.
W dokumentacji w części: *Załącznik do historii choroby – szpital psychiatryczny
w sprawie przyjęcia z mocy art.: 22, ust. 2 i 5, 23, 24, 29* nie odnotowano czynności,
o których mowa w art. 23 ust. 2 w związku z ust. 5 ustawy o ochronie zdrowia
psychicznego.

Z zapisów zamieszczonych w *Karcie Uczestnictwa w Terapii Zajęciowej* wynika, że
w czasie hospitalizacji, tj. od 8 stycznia do 19 lutego 2013 r. Pacjent nie uczestniczył
w spacerach grupowych.

k) Pacjent

Pacjent przyjęty na podstawie art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Brak
zastrzeżeń co do sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej oraz wynikającego
z wpisów w przedmiotowej dokumentacji postępowania leczniczo-rehabilitacyjnego
wobec Pacjenta.

Upoważnieni pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta badający sprawę na miejscu
otrzymali niepełną dokumentację przedmiotowej grupy Pacjentów. Dyrekcja Szpitala została
w dniu rozpoczęcia badania sprawy na miejscu, tj. 16 maja 2013 r., poinformowana przez

osoby badające sprawę na miejscu o konieczności przekazania do oceny kompletnej dokumentacji.

Pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta badający sprawę na miejscu przyjęli, że przekazanie niepełnej dokumentacji do analizy jest niezgodne z dyspozycją art. 26 ust. 3 pkt 2 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. Zgodnie z powołanym przepisem podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, będącemu centralnym organem administracji rządowej (art. 42 ust. 1 ww. ustawy).

Należy zauważyć, że po interwencji Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego pełniącego swoje obowiązki na terenie SWPZZPOZ w Radomiu (wystąpienie pisemne do Dyrektora Szpitala z dnia 29 marca 2011 r.,

Dyrektor w odpowiedzi z dnia 11 kwietnia 2011 r. poinformował, że *lekarze dyżurujący w izbie przyjęć zostali zobligowani do bezwzględnego zasięgnięcia opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa (...) w sytuacji przyjęcia pacjenta w trybie nagłym do godz. 15.00. Po godzinie 15.00 przy przyjęciu pacjenta w trybie nagłym zasięgnięcie opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa odbywać się będzie w miarę możliwości. Fakt ten będzie bezwzględnie odnotowywany w dokumentacji medycznej pacjenta.*

Analizowana przez pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta archiwalna dokumentacja pacjentów przyjętych na mocy art. 23 ustawy o *ochronie zdrowia psychicznego*, w której stwierdzono wyżej wskazane nieprawidłowości, dotyczyła hospitalizacji z okresu po otrzymaniu przez Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego pisma zawierającego powyższą deklarację Dyrektora Szpitala.

Ponadto trudno zgodzić się z przyjętą przez ww. podmiot leczniczy praktyką dotyczącą stosowania zakazu/ograniczenia uczestnictwa pacjentów internowanych w grupowych spacerach. W celu potwierdzenia przypuszczeń o istnieniu powyższej praktyki, na skutek nieudostępnienia części dokumentacji zawierającej przedmiotowe informacje, dokonujący czynności sprawdzających zdecydowali o zapoznaniu się z dokumentacją pacjentów internowanych i przyjętych bez zgody, którzy zostali wypisani ze Szpitala.

Wynik analizy dokumentacji medycznej nie pozwolił na ustalenie jednolitego postępowania personelu wobec pacjentów przyjętych bez zgody wymaganej w art. 22 ustawy o *ochronie zdrowia psychicznego* w ww. zakresie. W związku z powyższym wskazane jest

opracowanie i wdrożenie zasad przyznawania pacjentom wolnych wyjść na teren Szpitala, w tym uczestniczenia internowanych pacjentów w spacerach pod opieką personelu.

Zatem wydaje się zasadnym stwierdzenie, że brak możliwości uczestnictwa przedmiotowej grupy pacjentów w spacerach jest powszechną praktyką, która nie znajduje uzasadnienia do wprowadzenia ww. zakazu/ograniczenia. W dokonywanych w dokumentacji medycznej wpisach nie znaleziono adnotacji o przeciwwskazaniach do uczestniczenia omawianej kategorii osób w rzeczonych spacerach.

Na uwagę zasługuje fakt, że Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, pełniący swoje obowiązki na terenie SWPZZPOZ w Radomiu, pismem z dnia 4 maja 2012 r.

----- poinformował Dyrektora Szpitala o zgłaszanych przez pacjentów skargach dotyczących braku możliwości uczestniczenia w spacerach grupowych. W odpowiedzi z dnia 25 stycznia 2013 r.

Dyrektor Szpitala wskazał, że *wszelkie ograniczenia w wyjściach pacjentów na teren rekreacyjny SWPZZPOZ mają swoje źródła w przyczynach natury medycznej (np. stan pobudzenia pacjenta) i nie dochodzi do rozróżnienia pacjentów o jakim mowa w piśmie Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, a tym samym prawa ich nie są naruszane.*

Powyższa teza, po przeprowadzeniu analizy dokumentacji medycznej przedmiotowej grupy pacjentów, wydaje się nie mieć uzasadnienia.

Niezależnie od powyższego, wystąpiono do konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii o opinię/stanowisko w przedmiocie ograniczania możliwości uczestniczenia w grupowych spacerach pacjentom hospitalizowanym na mocy postanowienia sądu w kontekście realizacji prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

V. Wnioski

W wyniku przeprowadzonych działań należy stwierdzić, że zidentyfikowane nieprawidłowości wskazują na naruszenie prawa pacjenta do:

- informacji o swoim stanie zdrowia (art. 9 ust. 1 w zw. z art. 24 ust. 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. Przy udzielaniu świadczeń

zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorzady zawodów medycznych (art. 8 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

VI. Zalecenia

- 1) Dokonywanie w indywidualnej dokumentacji medycznej wpisów informujących o zleceniu lekarskim w zakresie uczestnictwa pacjenta w grupowych spacerach;
- 2) Dokonywanie w indywidualnej dokumentacji medycznej wpisów zawierających uzasadnienie braku uczestnictwa pacjenta w grupowych spacerach;
- 3) Weryfikowanie na bieżąco wpisów dokonywanych w dokumencie pt.: *Kontrolka internacji sądowo-psychiatrycznej* celem zachowania terminowości przesyłania do sądu opinii sądowo-psychiatrycznych;
- 4) Dokonywanie na bieżąco przez osobę realizującą plan opieki nad pacjentem wpisów w *Karcie Indywidualnej Opieki Pielęgniarskiej* (brak wpisów z okresu 6-miesięcznego);
- 5) Nadzór nad dokonywaniem przez terapeutę zajęciowego wpisów do *Karty Uczestnictwa w Terapii Zajęciowej*;
- 6) Weryfikacja indywidualnej dokumentacji medycznej pod względem kompletności po zakończeniu hospitalizacji pacjenta, tj. przed oddaniem do archiwum Szpitala;
- 7) Opracowanie procedury przyjęcia pacjenta do Szpitala bez zgody wymaganej w art. 22 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, uwzględniającej w szczególności przepisy art. 23 ust. 2 i 5 ww. ustawy;
- 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.

Rzecznik Praw Pacjenta

Krzyszyna Barbara Rozłowska

1. The first part of the document is a list of names and addresses, including "Mr. J. H. Smith, 123 Main St., New York, N.Y." and "Mrs. A. B. Jones, 456 Elm St., Chicago, Ill." The list continues with several other names and addresses, some of which are partially obscured by the scanning process.

C

C

Protokół ze zbadania sprawy na miejscu został przekazany do:

1. Pana Włodzimierza Guzowskiego, Dyrektora Samodzielnego Wojewódzkiego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. dr Barbary Borzym w Radomiu; ul. Krychnowicka 1, 26-607 Radom;
2. Pana Adama Struzika, Marszałka Województwa Mazowieckiego; Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego; ul. Jagiellońska 26, 03-719 Warszawa;
3. Pana prof. dra hab. Jacka Wciórki, Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Psychiatrii; Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie; ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa;
4. Pana Adama Twarowskiego, Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia; ul. Chałubińskiego 8, 00-613 Warszawa;
5. Pana Bartosza Arłukowicza, Ministra Zdrowia; ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa.



