



RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Pacjenta
Krystyna Barbara Kozłowska

**Wojewódzki Szpital dla
Nerwowo i Psychicznie
Chorych w Suchowoli
21-310 Wohyń**
reprezentowany przez:
Wandę Bajkowską
Dyrektora Szpitala
(adres: jw.)

Decyzja

Nr RzPP-WPR.45.14.2016.MMA.RBR

Działając na podstawie art. 59 ust. 1 pkt 1, art. 64 ust. 1 – 4 oraz art. 65 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹, (dalej: „ustawa”) w związku z art. 104 § 1 i 2 oraz art. 105 § 1 ustawy z dnia 19 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego², (dalej: „k.p.a.”):

1) uznaję praktyki stosowane przez Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Suchowoli (dalej: „Szpital” lub „Szpital w Suchowoli”), polegające na:

- a) podawaniu pacjentom: I Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego, II Oddziału Psychiatrii Sądowej Zabezpieczenie Podstawowe; III Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego z Pododdziałem Terapii Uzależnień od Alkoholu leków psychotropowych (tabletek) w formie zawiesiny,
- b) braku stosowania u pacjentów indywidualnych programów terapeutycznych na: I Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym, II Oddziale Psychiatrii Sądowej Zabezpieczenie Podstawowe i III Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym z Pododdziałem Terapii Uzależnień od Alkoholu oraz pozbawieniu nowo przyjętych pacjentów I Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego udziału w terapii grupowej,

¹ Dz. U. z 2016 r., poz. 186

² Dz. U. z 2016 r., poz. 23

- c) braku organizowania pacjentom wyjść poza budynek Szpitala w trakcie hospitalizacji na I Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym, II Oddziale Psychiatrii Sądowej Zabezpieczenie Podstawowe; III Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym z Pododdziałem Terapii Uzależnień od Alkoholu,
- d) braku stałej obsady personalnej Izby Przyjęć,
- e) braku zapewniania pacjentom hospitalizowanym na wszystkich oddziałach Szpitala dostępu do świadczeń w zakresie leczenia stomatologicznego finansowanych ze środków publicznych,
- f) braku spełniania wymogów dotyczących dostępu do łóżek pacjentów z trzech stron, w tym dwóch długich, na I Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym; II Oddziale Psychiatrii Sądowej Zabezpieczenie Podstawowe, III Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym z Pododdziałem Terapii Uzależnień od Alkoholu,
- g) braku zapewnienia pacjentom odpowiednich warunków w pomieszczeniach sanitarno-higienicznych na wszystkich oddziałach Szpitala,

za naruszające zbiorowe prawa pacjentów do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym, tj. prawa, o którym mowa w art. 8 ustawy **i nakazuję ich zaniechanie;**

- 2) uznaję praktyki stosowane przez Szpital na II Oddziale Psychiatrii Sądowej Zabezpieczenie Podstawowe i III Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym z Pododdziałem Terapii Uzależnień od Alkoholu, polegające na niestosowaniu parawanów, zasłaniających pacjentów od innych hospitalizowanych, podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, na sali chorych a także których łóżka usytuowane są na korytarzach, **za naruszające zbiorowe prawa pacjentów** do poszanowania intymności, tj. prawa, o którym mowa w art. 20 ust. 1 ustawy **i nakazuję ich zaniechanie;**
- 3) uznaję praktyki stosowane przez Szpital na wszystkich oddziałach Szpitala, polegające na zwracaniu się przez personel Szpitala do pacjentów z pominięciem form powszechnie uznanych za grzecznościowe oraz zmuszaniu pacjentów IV Oddziału Terapii Uzależnień od Alkoholu oraz I Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego do

wykonywania prac mogących uchodzić za ciężkie oraz czynności porządkowych należących do obowiązków personelu Szpitala, **za naruszające zbiorowe prawa pacjentów** do poszanowania godności, tj. prawa o którym mowa w art. 20 ust. 1 ustawy **i nakazuję ich zaniechanie;**

4) uznaję praktyki stosowane przez Szpital na wszystkich oddziałach Szpitala, polegające na:

a) prowadzeniu dokumentacji medycznej pacjentów w ten sposób, iż nie zawiera ona: pełnych danych osób zlecających leki w Indywidualnych Kartach Zleceń Lekarskich oraz pełnych danych osób realizujących zlecenie, ponumerowanych, chronologicznie uporządkowanych kart, oświadczeń pacjentów o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i dokumentacji medycznej, oznaczeń podmiotu leczniczego oraz danych pacjentów, czytelnych wpisów, kodów jednostek chorobowych w historii choroby,

b) nieudostępnianiu dokumentacji medycznej pacjentom poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu,

c) sporządzaniu kopii, odpisu, wyciągu w terminie co najmniej trzech dni roboczych,

d) braku dostatecznego zabezpieczenia prowadzonej dokumentacji medycznej,

za naruszające zbiorowe prawa pacjentów do dokumentacji medycznej, tj. prawa o którym mowa w art. 23 ust. 1 i art. 24 ust. 1, art. 26 ust. 1 oraz art. 27 pkt 3 ustawy **i nakazuję ich zaniechanie;**

5) uznaję praktyki stosowane przez Szpital na wszystkich oddziałach Szpitala, polegające na braku stosowania i wydawania pacjentom kart depozytowych, **za naruszające zbiorowe prawa pacjentów do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie**, o którym mowa w art. 39 ustawy **i nakazuję ich zaniechanie;**

6) uznaje praktyki stosowane przez Szpital, polegające na braku umieszczenia informacji o:

a) prawach pacjenta w formie pisemnej na Izbie Przyjęć w miejscu ogólnodostępnym dla pacjentów Szpitala,

b) adresie i numerze bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta w formie pisemnej na IV Oddziale Terapii Uzależnień od Alkoholu w miejscu ogólnodostępnym dla pacjentów Szpitala,

za naruszające zbiorowe prawa pacjentów do informacji o prawach pacjenta określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ustawy i nakazuję ich zaniechanie,

c) rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na Izbie Przyjęć w miejscu ogólnodostępnym dla pacjentów Szpitala,

za naruszające zbiorowe prawa pacjentów do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 12 ustawy i nakazuję ich zaniechanie;

7) zobowiązuję Szpital do:

a) usunięcia skutków naruszenia zbiorowych praw pacjentów:

i. przez chronologiczne uporządkowanie i ponumerowanie stron w dokumentacji medycznej pacjentów Szpitala, uzupełnienie danych osób zlecających oraz realizujących zlecone leki w Indywidualnych Kartach Zleceń Lekarskich, przez pobranie od pacjentów oświadczeń w przedmiocie upoważnienia do uzyskania informacji o stanie zdrowia i dokumentacji medycznej, uzupełnienie oznaczeń podmiotu leczniczego i danych pacjentów, wpisaniu kodów jednostek chorobowych oraz załączenie do dokumentacji medycznej zawierającej nieczytelne wpisy jej odpisów, umożliwiających odczytanie, powyższe dotyczy – dokumentacji medycznej wytworzonej od dnia 5 czerwca 2009 r., tj. od obowiązywania ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,

w nieprzekraczalnym trzydziestodniowym terminie, licząc od dnia otrzymania niniejszej decyzji;

ii. przez złożenie oświadczenia o przeproszeniu pacjentów za zwracanie się przez personel Szpitala do pacjentów z pominięciem form powszechnie uznanych za grzecznościowe, za zmuszanie pacjentów do wykonywania prac mogących uchodzić za ciężkie oraz czynności porządkowych

należących do obowiązków personelu Szpitala oraz za niestosowanie parawanów, zasłaniających pacjentów podczas udzielania im świadczeń zdrowotnych, i udostępnieniu pacjentom ww. oświadczenia na piśmie w formie ogłoszenia formatu A4, gdzie treść przedstawiono czcionką Arial lub Times New Roman o wielkości co najmniej 14 punktów, na białym tle, poprzez umieszczenie jego **na okres trzydziestu od dnia otrzymania niniejszej decyzji** w miejscu ogólnodostępnym dla pacjentów na każdym Oddziale Szpitala,

b) **złożenia informacji** o stopniu realizacji działań niezbędnych do zaniechania stosowania pozostałych wszystkich praktyk, które naruszają zbiorowe prawa pacjentów oraz realizacji działań niezbędnych do usunięcia skutków naruszenia tych praw **w nieprzekraczalnym trzydziestodniowym terminie**, licząc od dnia otrzymania niniejszej decyzji;

8) decyzji w pkt 1- 6 nadaje rygor natychmiastowej wykonalności;

9) uznaję praktyki stosowane przez Szpital na wszystkich oddziałach Szpitala, polegające pobieraniu od pacjentów opłat za energię elektryczną zużytą do przygotowania herbaty, kawy, prania, strzyżenia lub naładowania telefonów komórkowych, za naruszające zbiorowe prawa pacjentów do poszanowania godności, o którym mowa w art. 20 ust. 1 ustawy i stwierdzam zaniechanie stosowania tej praktyki z dniem 20 lutego 2016 r.

Uzasadnienie

W związku z pozyskanymi przez Rzecznika Praw Pacjenta informacjami uprawdopodobniającymi naruszenie zbiorowych praw pacjentów, przekazanymi do Biura Rzecznika Praw Pacjenta (dalej „Biuro”) za pośrednictwem ogólnopolskiej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta w dniu 9 lutego 2016 r.³, postanowieniem z dnia 15 lutego 2016 r. sygn. akt RzPP-WPR.45.14.2016.MMA, Rzecznik Praw Pacjenta wszczął z urzędu postępowanie w sprawie stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów przez Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Suchowoli.

³ Formularz Obsługi Interesanta, znak: 31652/APA/I.

Pismem z dnia 15 lutego 2016 r., Rzecznik Praw Pacjenta, działając na podstawie art. 61 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wystąpił do Szpitala, wnosząc o przesłanie pisemnych informacji i wyjaśnień dotyczących:

- 1) ilu pacjentów jest obecnie hospitalizowanych w Szpitalu;
- 2) czy pobierane są opłaty od pacjentów przebywających w Szpitalu za umożliwienie im przygotowania kawy, herbaty lub naładowanie telefonów komórkowych (za zużytą w tym celu energię elektryczną) – a jeżeli tak, to w jakiej wysokości?
- 3) czy pobierane są opłaty za energię elektryczną od pacjentów ww. Szpitala, inne niż te wskazane w pkt 2, jeżeli tak, to w jakiej wysokości?

Dodatkowo, Rzecznik Praw Pacjenta, działając na podstawie art. 61 ust. 1 ustawy, wniósł o przesłanie do akt sprawy kopii regulaminu organizacyjnego Szpitala, kopii aktów prawa wewnętrznego dotyczących pobierania opłat, o których mowa w pkt 2 i 3 niniejszego pisma oraz kopii wszystkich skarg i zażaleń od pacjentów, jakie wpłynęły w 2015 r. i w 2016 r.

W odpowiedzi na powyższe, pismem z dnia 22 lutego 2016 r. Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Suchowoli wskazała, iż:

- 1) „W dniu 22 lutego 2016 r. hospitalizowanych w Szpitalu jest 147 pacjentów.
- 2) W szpitalu nie są pobierane opłaty za przygotowywaną przez personel kawę, herbatę, podgrzewanie własnych posiłków w kuchni mikrofalowej ani nie są pobierane opłaty za nadzór przy ładowaniu telefonów komórkowych, laptopów, mp3 i tym podobnego sprzętu.
- 3) Szpital nigdy nie < sprzedawał > energii elektrycznej pod żadną postacią. Przedmiotowa sprawa była rozpatrywana przez Prokuraturę Rejonową w Radzynie Podlaskim sygn. akt Ds. 1790/13 na wniosek Rzecznika Praw Pacjenta (pismo z dnia 01-10-2013 r.)”

Do niniejszej odpowiedzi, podmiot leczniczy załączył kopię Regulaminu Organizacyjnego Szpitala oraz kopię skarg i zażaleń pacjentów za lata 2015-2016 r. (sztuk 5).

⁴ Zgodnie z art. 56 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego są pracownikami Biura Rzecznika Praw Pacjenta i wykonują swoje zadania przy pomocy tego Biura.

Dnia 24 lutego 2016 r., do akt postępowania RzPP-WZP.432.4.2016, wpłynęła notatka służbowa Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego⁴, (dalej: „Rzecznik”), oddelegowanego w dniach od 15 lutego 2016 r. do dnia 19 lutego 2016 r., do pełnienia funkcji w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Suchowoli. Opis stwierdzonych nieprawidłowości w notatce służbowej, przedstawia się następująco:

- 1) **W I Oddziale psychiatrycznym ogólnym** – pacjentki zgłosiły brak papieru toaletowego, ręczników papierowych oraz mydła w dozowniku. Podczas obecności Rzecznika w Oddziale, „niespodziewanie” pojawiły się środki higieny, co pacjentki jednoznacznie skojarzyły „z pojawieniem” się w Szpitalu Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Na tablicy ogłoszeń była wywieszona „lista dyżurów” (po dwie pacjentki dziennie). Z relacji pacjentek wynikało, że dyżur polegał m.in. na myciu wieczorem korytarza (podłogi). Dyrektor Szpitala wyjaśniła Rzecznikowi, że powyższe prace nie są obowiązkowe – twierdziła, że „dyżur polega jedynie na nadzorowaniu współpacjentek i ich mobilizowaniu, by pozostawiły swoje łóżko i szafkę w czystości”. Ponadto, Dyrektor nie zaprzeczyła, że pacjentki myją podłogi „(twierdzi, że kiedyś tego zabraniali, ale obecnie już nie zabraniają, bo pacjentki chcą sprzątać)”. Brak form grzecznościowych. Częste zwracanie się do pacjentek i pacjentów w formie „Ty” – z pominięciem formy powszechnie używanej – „Pan/i”. Powyższej formy używa również Dyrektor Szpitala – na przykład w trakcie wizyt lekarskich w salach chorych. Często stosowana jest przez personel, praktyka głośnego wywoływania pacjentem po nazwisku (do telefonu lub odwiedzin).
- 2) **W II Oddziale psychiatrii sądowej zabezpieczenie podstawowe** - część pacjentów (ok. 8 osób) to pacjenci z przyjęcia do Szpitala, pozostali, (ok. 30 osób), to pacjenci z postanowienia sądu o zastosowaniu środka zabezpieczającego. Oddział jest przepełniony. Dwa łóżka umieszczone są na korytarzu. W sali nr 7 łóżka są złączone. W Oddziale nie ma zebrań społeczności. Telefony komórkowe są wydawane pacjentom tylko w godzinach od 15-17. Powyższe wynika z decyzji Pani Ordynator/Dyrektor Szpitala. Pacjenci nie są poinformowani o przyczynie limitowania rozmów. Od listopada (kiedy zrobiło się chłodniej) pacjenci nie wychodzą w ogóle na spacer, nie przebywają na świeżym powietrzu. Terapia odbywa się w godzinach 9-13 i 14-15 w świetlicy (na parterze budynku Szpitala). Z powyższej terapii korzysta niewielu pacjentów. Terapia jest skierowana przede wszystkim do kobiet. W praktyce polega ona na tym, że pacjentki wykonują przy stole różnego rodzaju „robótki ręczne” w obecności terapeutek zajęciowych. W sąsiedniej sali pacjenci grają w pign-ponga, oglądają telewizję lub grają

w karty. W Oddziale nie są prowadzone zajęcia terapeutyczne jak również nie prowadzi się zajęć zorganizowanych według planu. Brak psychoterapii i muzykoterapii. Obserwacje Rzecznika wskazują, że na terapię uczęszcza (schodzi), nie więcej niż 20-30% pacjentów. Pozostali przebywają stale w Oddziale, bez jakiegokolwiek oferty terapeutycznej. Jak wynika z relacji pacjentów, potwierdzonych przez personel Oddziału, wobec praktycznie wszystkich pacjentów, realizowana jest niedopuszczalna w świetle wiedzy medycznej, praktyka kruszenia leków psychotropowych. Psycholog w Oddziale nie prowadzi żadnych zajęć grupowych. Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego zwrócił uwagę na pacjentów, którzy hospitalizowani są w Szpitalu bardzo długi okres. Odpowiednio: 5 lat, 12 lat, 14 lat, 16 lat, 20 lat, 21 lat. Wykonywanie zabiegów stomatologicznych możliwe jest tylko prywatnie (za odpłatnością). Pytana o powyższe Dyrektorka Szpitala, nie potrafiła wskazać żadnego pacjenta, któremu Szpital umożliwił bezpłatne leczenie stomatologiczne. Ponadto, pacjenci zgłaszają duże trudności w uzyskaniu konsultacji lub badań specjalistycznych. Podczas rozmowy z Rzecznikiem, pacjent skarżył się, iż wielokrotnie bez reakcji, zgłaszał personelowi medycznemu dolegliwości wątroby. Dopiero objawy silnego bólu doprowadziły w konsekwencji do skierowania pacjenta na zabieg. Skuteczność leczenia – jak wynika z relacji pacjentów, rocznie Oddział opuszcza średnio 1-2 pacjentów – spośród ok. 30 osób.

- 3) W **III Oddziale psychiatrycznym ogólnym z pododdziałem terapii uzależnień od alkoholu** - widoczne przepełnienie w Oddziale. Łóżka pacjentów przylegają do siebie bokami (pościelą), 10 łóżek jest złączonych, 6 łóżek wystawionych na korytarz. Brak odgrodzenia łóżek parawanami od widoku poruszających się po korytarzu pacjentów. Pacjent, (z podłączoną kroplówką, w pampersie, bez kontaktu), został umieszczony tuż przy wejściu w Oddział. Pacjenci, z postanowienia sądu zobowiązani do leczenia odwykowego, stanowią większość społeczności terapeutycznej Oddziału mimo że jednostka nie ma charakteru oddziału terapii odwykowej, czy też oddziału detoksykacyjnego. Pacjenci, są przyjmowani i hospitalizowani (bez zgody) w Szpitalu przez okres 6-8 tygodni. Chorzy są informowani przez personel medyczny, że czas ich pobytu, jest z góry określony (ok. 8 tygodni). Gdyby byli hospitalizowani w IV Oddziale terapii uzależnień od alkoholu, byłoby to 6 tygodni, gdyż na taki okres jest przeznaczony program terapeutyczny. Personel wyjaśnia, iż pacjenci nie zostaną wypisani, nawet jeżeli tego zażądają. Ponieważ nie godzą się na „terapię pisaną” (tak określa się terapię prowadzoną w Oddziale IV), przebywają w Oddziale, razem z chorymi psychicznie, bez jakiegokolwiek formy terapii. Nie dostają leków i nie uczestniczą w terapii zajęciowej w

pracowni terapii. Proponowane tam zajęcia są dla nich mało atrakcyjne oraz w żaden sposób nie wiążą się z terapią odwykową. Psycholog nie prowadzi w Oddziale żadnych form zajęć grupowych. Brak zajęć o charakterze psychoedukacji. Kilkunastu pacjentów pytanych o kontakt z psychologiem wskazało na jednokrotny kontakt, na początku pobytu w Szpitalu. Spotkanie miało charakter diagnostyczny, tj. wywiad psychologiczny i/lub test. Zapytani, nie przypominają sobie jakichkolwiek form oddziaływań nakłaniających do podjęcia terapii odwykowej, poza pytaniem przy przyjęciu, czy godzą się na terapię w Oddziale odwykowym (IV). Część pacjentów przechodziła detoksykację (7 – 10 dni), kilku oczekiwało na rozpoczęcie terapii w IV Oddziale odwykowym. Przyjęcia na powyższy Oddział odbywają się tylko we wtorki. Nawet jeśli pacjent nie wymaga detoksykacji, jest zmuszony czekać w Oddziale ogólnie psychiatrycznym. Większość pacjentów, to osoby z postanowienia sądu, którzy nie wyrażają woli poddania się programowi terapii w Oddziale IV. Pacjenci spędzają czas biernie, oczekując na wypis po zapowiedzianych 6-8 tygodniach pobytu (oglądają telewizję lub grają w karty).

Przedstawiona wyżej sytuacja, jest w opinii Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, prawdopodobnie ewenementem na skalę ogólnopolską. Ordynator Oddziału III podkreślił, iż decyzje w tej sprawie podejmuje Dyrektor Szpitala, wobec której jest podwładnym. Ponadto, również Ordynator Oddziału, wyrażał wątpliwości odnośnie zasadności przetrzymywania pacjentów, w warunkach pozbawienia wolności, przez okres około dwóch miesięcy, w kontekście zgodności z przepisami powszechnie obowiązującego prawa, jak również skuteczności „stosowanych form terapii. Ordynator – przywołał wyniki badań wskazujących, że przymusowa terapia przeciwalkoholowa skutkuje jedynie w 3 % przypadków – w rozmowie ze mną przywołał analogię leku, którego skuteczność określa się na 3 %, (z całą pewnością lek taki byłby natychmiast wycofany)”. Rzecznik podkreślił w notatce, iż z podobną „praktyką” nie spotkał się w żadnym innym szpitalu psychiatrycznym. Pacjentów zobowiązanych do leczenia przez sąd, spotyka się jedynie w Oddziałach odwykowych lub detoksykacyjnych, ale nie psychiatrycznych ogólnych. Ustaloną praktyką w Szpitalu w Suchowoli jest pytanie pacjenta przy przyjęciu, czy wyraża zgodę na leczenie. Jeżeli pacjent odmówi, nie jest przyjmowany do Szpitala. Pracownik Biura podkreślił, że zobowiązanie się pacjenta do leczenia, nie oznacza przymusu leczenia odwykowego, który został zniesiony. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego nie daje podstaw prawnych do hospitalizacji bez zgody pacjenta uzależnionego (z wyjątkiem psychozy alkoholowej).

Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w ww. notatce służbowej zwrócił szczególną uwagę na pacjenta, historia choroby – numer książki głównej: 478/15. Pacjent był hospitalizowany od 20 lipca 2015 r. (7 miesięcy) na podstawie postanowienia sądu o zobowiązaniu do leczenia odwykowego. Równoległe do wniosku w przedmiocie leczenia odwykowego, żona pacjenta, złożyła wniosek o ubezwłasnowolnienie. Pacjent okazał Rzecznikowi dokument – opinię biegłych sądowych wskazujący, że nie jest chory psychicznie, tylko uzależniony od alkoholu. W opinii pacjenta, właściwą przyczyną jego hospitalizacji jest czas oczekiwania na rozprawę w sądzie w przedmiocie ubezwłasnowolnienia. Sąd Okręgowy w Lublinie oddalił wniosek żony pacjenta o udzielenie zabezpieczenia. Wnioskodawczyni domagała się orzeczenia zabezpieczenia przez umieszczenie jej męża na czas trwania postępowania w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Suchowoli. Rzecznik zwrócił uwagę, dlaczego środek miał być zastosowany przez umieszczenie w Szpitalu w Suchowoli, skoro w okolicach Lublina jest kilka innych szpitali psychiatrycznych, położonych znacznie bliżej miejsca zamieszkania pacjenta. W momencie, gdy Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego wyraził szczególne zainteresowanie pacjentem (udzielił pacjentowi pomocy w napisaniu pisma do sądu), co zostało zauważone przez personel medyczny, (pacjent wspomniał o powyższym w trakcie rozmowy z Ordynatorem Oddziału), pacjent w trybie pilnym, po upływie 7 miesięcy, został wypisany ze Szpitala.

Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w powyższej notatce służbowej zwraca również uwagę na fakt, iż niezrozumiałym jest, dlaczego pacjenci zobowiązani do leczenia odwykowego, kierowani są do Szpitala w Suchowoli, zwłaszcza, że niektórzy mają miejsce zamieszkania w odległości 100-150 kilometrów od Szpitala. Znacznie bliżej ich domów, niejednokrotnie w sąsiednich miejscowościach położone są inne szpitale psychiatryczne. Ordynator Oddziału III uzasadnia powyższe, „przyzwyczajeniem się” sądów do kierowania pacjentów uzależnionych od alkoholu do Suchowoli. Przedstawiona powyżej praktyka gwarantuje podmiotowi pełne obłożenie (można uznać, że ponad stan), gdyż w Oddziale jest znacznie więcej łóżek niż miejsc, co w konsekwencji przyczynia się do naruszenia elementarnych zasad intymności oraz przepisów sanitarnych. Większość pacjentów nie ma zleconych żadnych leków (nie są chorzy psychicznie, nie wymagają farmakoterapii), co znacznie obniża koszty ich leczenia, w porównaniu do pacjentów leczonych psychiatrycznie. Wolne wyjścia w III Oddziale nie istnieją. Od co najmniej dwóch miesięcy przebywający w Oddziale pacjenci, przebywają stale na terenie budynku – bez możliwości spaceru lub ruchu na świeżym powietrzu. Mają jedynie możliwość wyjścia

na okratowany balkon pełniący funkcję nieoficjalnej palarni papierosów. W Szpitalu nie praktykuje się spacerów po przylegającym do budynku szpitala zabytkowym parku, mimo, że jest tam zieleń z wytyczonymi alejkami. W pomieszczeniu sanitarnym kabiny prysznicowe są zamykane na klucz. Pacjenci, aby się wykapać, muszą o klucz zwracać się do personelu. Co prawda, nie spotykają się z odmową, jednakże bez zgody nie mogą korzystać z prysznica.

Ponadto Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w powyższej notatce stwierdził, iż pacjenci zgłaszali problem pobierania opłat za konkretne usługi związane z warunkami pobytu w Szpitalu: 50 groszy za jednorazowe naładowanie telefonu komórkowego; 20 groszy za zalanie kawy/herbaty w dużym kubku (0,5 litra); 10 groszy za wrzątek do małego kubka, 5 złotych za wypranie ubrań w pralce szpitalnej; 3 złote za skorzystanie z maszynki do włosów (**w tej sprawie stosowna informacja jest wywieszona na korytarzu – na tablicy ogłoszeń**). Pobieranie powyższych opłat potwierdzają wszyscy pacjenci, z którymi Rzecznik rozmawiał na ten temat, tj. w Oddziałach ogólnopsychiatrycznych I i II oraz pacjenci z Oddziału IV, którzy wcześniej odbywali detoksykację w Oddziale III. Problem pobierania opłat zgłaszało kilkadziesiąt osób. „W przypadku opłat za zalewanie kawy/herbaty praktyka wygląda tak, że pacjenci w ustalonych porach wystawiają na kuchenne okienko w świetlicy swoje kubki i wpłacają personelowi lub zostawiają na kuchennym okienku wymagane pieniądze. Salowa/salowy zbiera pieniądze i zalewa kubki wodą. Jak przyznają pacjenci, zdarzają się sytuacje, że salowa zaleje kubek również pacjentowi, który nie ma czym zapłacić – oddziałowa jednak kategorycznie domaga się wpłacania pieniędzy. Pacjentom tłumaczy się, że pieniądze są zbierane na środki czystości dla szpitala. W dniu 17 lutego 2016 r. zaobserwowałem w porze zalewania herbaty (8:30) sytuację, kiedy do okienka kuchennego podchodziły pacjentki – wszystkie płaciły. Jedna z pań wyjęła z portfela 50 groszy i zapytała się salową zalewającą wodę, czy ma wydać z 50 groszy i otrzymała od niej resztę”. W Oddziale IV obowiązuje ustalona stawka tygodniowa: 1 złoty za ładowanie telefonu komórkowego i 3 złote za gotowanie wody. **„W kuchni jest przyklejona kartka z informacją: <Z czajnika mogą korzystać tylko osoby, które uiściły opłatę! Ustalona stawka za tydzień: panowie 3 złote, panie 1 złoty. Opłaty zbiera starosta (we wtorek). Osoby, które nie mają pieniędzy mogą skorzystać z czajnika po wcześniejszym ustaleniu zasad z z-cą ordynatora IV lub z oddziałową>** (jak wynika z relacji pacjentów, owo <ustalenie zasad> polegać ma na odpracowaniu <zaległości> na rzecz szpitala)”. W Szpitalu w okresie jesień – wiosna pacjenci nie wychodzą w ogóle na „świeże powietrze”. Pacjent Oddziału III, przebywający w Oddziale blisko 8 miesięcy (z postanowienia sądu o leczeniu odwykowym)

oświadczył, że w „lecie miał możliwość na krótko wyjść razem z innymi pacjentami przed budynek – mogli się jednak poruszać wyłącznie po niewielkim terenie wyznaczonym przez okoliczne drzewa” (tak, aby byli na widoku terapeutek zajęciowych). Ten sam problem sygnalizował inny pacjent Oddziału III, który „przypomina sobie, że ostatnie wyjście na świeże powietrze, do parku szpitalnego miało miejsce w lecie ubiegłego roku”. W okresie od 15-19 lutego 2016 r. Rzecznik nie zauważył, aby pacjenci wychodzili na spacer (poza Oddziałem IV – gdzie takie wyjścia są możliwe). Pacjenci detencyjni sygnalizują, że ostatni raz wychodzili w październiku/listopadzie 2015 r. „(terapeutki zajęciowe przypominają sobie, że ostatecznie wyjście było przed 1 listopada 2015 r., wyjście na cmentarz)”. Mimo rozległego parku z alejkami, nie organizuje się spacerów. Pacjenci są jedynie „wypuszczani” na teren bezpośrednio przylegający do budynku Szpitala „(wyznaczony wskazanymi drzewami)” – tak, aby byli w zasięgu wzroku terapeutek zajęciowych. Z doświadczenia pacjentów wynika, „że najbliższe wyjście na zewnątrz będzie dopiero na wiosnę – kiedy się ociepli”. Pacjenci wiążą powyższą praktykę z faktem, iż szatnia/magazyn odzieży (z zimowymi ubraniami) znajduje się w piwnicy budynku Szpitala. Pobieranie odzieży stanowić ma trudność, dodatkową pracę dla personelu i właśnie z tego powodu, przez pół roku pacjenci nie mogą wychodzić ze Szpitala. Terapia zajęciowa realizowana jest wyłącznie na świetlicy Szpitala, na którą składają się dwa pomieszczenia. Pierwsze służy za miejsce, gdzie pacjenci, głównie pacjentki wykonują proste zajęcia o charakterze „robótek ręcznych” (np. oklejanie kartek papieru, rysowanie, itp.). W drugim pomieszczeniu znajduje się telewizor oraz stół do tenisa stołowego. W oddziałach nie prowadzi się żadnych zajęć. Zajęć nie prowadzą także zatrudnieni w Szpitalu psychologowie. Nie funkcjonuje terapia grupowa. Można jedynie indywidualnie porozmawiać z psychologiem, z czego część pacjentów korzysta.

W przedmiotowej notatce, Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego wskazał również, że „dnia 18 lutego 2016 r. przeprowadził rozmowę z Dyrektorem Szpitala w Suchowoli, podczas której podniósł wątpliwości dotyczące stwierdzonych w Szpitalu praktyk. W przedmiocie pobierania przez personel opłat za korzystanie z prądu, Pani Dyrektor zaprzeczyła, by taka praktyka miała miejsce – twierdzi, że są to jedynie dobrowolne wpłaty pacjentów, za które personel zakupuje środki czystości. W trakcie rozmowy pojawiła się sugestia (groźba?), że drażnienie tego tematu pociągnie za sobą odmowę ze strony personelu ładowania telefonów oraz laptopów w ogóle. Powołuje się na dochodzenie w tej sprawie (prowadzone na wniosek Rzecznika Praw Pacjenta z 2012 r.) przez Prokuraturę, która sprawę umorzyła. Później dowodziła, że pobieranie opłat za korzystanie przez pacjentów z pralki jest wynikiem sugestii (rzekomo wypowiedzianej w trakcie rozmowy z Panią Dyrektorem)

przedstawiciele Rzecznika Praw Pacjenta (w trakcie <badania sprawy na miejscu> w 2012 roku). Kiedy wyraziłem w tej sprawie wątpliwości, Pani Dyrektor zmieniał zdanie i stwierdziła, że sugestią taką wyrazili przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji RPO (z okazanego fragmentu raportu KMP wynikało jednak zupełnie coś innego). Nie wyjaśniła, dlaczego pacjenci nie wychodzą od kilku miesięcy na spacer. Bagatelizowała sprawę, twierdząc, że przecież mogą wyjść na okratowany taras. Przekonywała – wbrew faktom – że przyjęcia na podstawie zobowiązania do leczenia osób uzależnionych trwają do 21 dni (detoksykacja). Odnośnie dentysty – wyjaśniła, że pacjenci wykonują zabiegi stomatologiczne w ramach przepustek. Nie potrafiła podać, jakie zabiegi stomatologiczne są wolne od ponoszenia opłat przez pacjentów.”

W związku z prowadzonym postępowaniem w sprawie praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, pismem z dnia 9 marca 2016 r., Rzecznik Praw Pacjenta, poinformował Szpital, iż przedmiot niniejszego postępowania został rozszerzony o prawo pacjentów do informacji, o którym mowa w art. 11 i art. 12 ustawy, o prawo do dokumentacji medycznej, o którym mowa w art. 23 ust. 1 i nast. ustawy oraz o prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie, o którym mowa w art. 39 ustawy.

Szpital został poinformowany, że materiał dowodowy, zebrany przez upoważnionych pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta w trakcie czynności zbadania sprawy na miejscu, przeprowadzonej na podstawie art. 52 ust. 2 pkt 1 ustawy, w dniach od dnia 1 marca 2016 r. do dnia 4 marca 2016 r., w ramach prowadzonego równocześnie postępowania wyjaśniającego znak: RzPP-WZP.432.4.2016, został włączony do akt niniejszego postępowania. W trakcie przeprowadzonych czynności zweryfikowano również realizację zaleceń Rzecznika Praw Pacjenta dla Szpitala, zawartych w protokole ze zbadania sprawy na miejscu, znak: RzPP-SRzPP-0932-9-10/AST/BW/2013, z dnia 14 października 2013 r., wraz z opiniami Konsultantów Krajowych i Wojewódzkich w przedmiocie stwierdzonych naruszeń praw pacjenta. Powyższe dokumenty zostały włączone do dokumentacji dotyczącej zbadania sprawy na miejscu a tym samym stanowiły część materiału w niniejszym postępowaniu.

Pismem z dnia 9 marca 2016 r. Rzecznik Praw Pacjenta poinformował Szpital, iż przysługuje mu możliwość wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań. Organ wyznaczył na powyższe termin 7 dni, od dnia otrzymania rzeczonych pisma.

W dniu 22 marca 2016 r., pełnomocnik Szpitala, zapoznał się w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta z całym materiałem dowodowym, zgromadzonym w trakcie postępowania.

Odpowiadając na pismo znak: RzPP-WPR.45.14.2016.MMA.RBR z dnia 9 marca 2016 r., Dyrekcja Szpitala w Suchowoli, pismem z dnia 22 marca 2016 r. (data wpływu do Biura Rzecznika Praw Pacjenta: 25 marca 2016 r.) złożyła wyjaśnienia w przedmiocie postępowania:

„W żadnym w przypadków niżej wymienionych nie naruszamy zbiorowych praw pacjentów. Prawa zawarte w wymienionych artykułach są prawami indywidualnymi pacjentów. Jeden chce uzyskać informacje dotyczące jego praw, stanu zdrowia inny tego sobie nie życzy. Jedyne można przyjąć, że art. 11 dotyczy w części praw zbiorowych pacjentów (informacja o prawach umieszczona w miejscu ogólnodostępnym).

Ad. 1 do informacji, o których mowa w art. 11 i art. 12 ustawy. Informacja na temat praw pacjenta określonych w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jest umieszczona w każdym z Oddziałów na tablicy ogłoszeń. Ponadto jest umieszczona także w holu głównym Szpitala. Dodatkowo każdy pacjent przyjmowany w oddział jest informowany o swoich prawach i obowiązkach. Podpisuje stosowne oświadczenie w tym zakresie (oświadczenie – wzór w załączeniu). Informacja o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych jest udzielana pacjentom podczas procedury przyjęcia w Izbie Przyjęć w zakresie, na który pozwala stan psychiczny pacjenta, następnie w trakcie badań oraz wtedy, kiedy pacjent zgłasza taką potrzebę (w zakresie swoich żądań pacjent życzy sobie np. informacji dotyczącej tylko wyników analiz laboratoryjnych – przypadki częste).

Ad. 2 udostępnianie dokumentacji. Zgodnie z art. 23.1 pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielanych świadczeń. Podczas przyjęcia, a także hospitalizacji, pacjent uzyskuje powyższą informację, a jeżeli wyraża zgodę to upoważnia wybrane przez siebie osoby do otrzymywania informacji o jego stanie zdrowia oraz dostępu do dokumentacji medycznej (oświadczenie – wzór w załączeniu). Z powyższych praw pacjenci sporadycznie korzystają. Są zainteresowani często swoimi badaniami laboratoryjnymi, wynikami konsultacji somatycznych. Takie informacje każdorazowo uzyskują.

Przy procedurze przyjęcia w oddział pacjent jest informowany o tym, że rzeczy wartościowe, pieniądze może przekazać w szpitalny depozyt, co jest odnotowane w dokumentacji pielęgniarskiej. Jeżeli pacjent nie wyrazi takiej woli, jest informowany o tym, że szpital zwolniony jest z odpowiedzialności w tym zakresie. Powyższe kwestie są uregulowane w Regulaminie Depozytu Wartościowych Rzeczy Pacjentów oraz Magazynu Rzeczy

Chorych. Pacjenci głównie do depozytu składają środki pieniężne. Pieniądze są przekazywane do kasy Szpitala na konto pacjenta i wypłacane na każde żądanie w dni powszednie.”

Rzecznik Praw Pacjenta ustalił następujący stan faktyczny:

Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Suchowoli jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą, niebędącym przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁵. Forma organizacyjno-prawna: samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. Szpital został wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w dniu 22 marca 1993 r. (nr księgi: 000000002952)⁶. Regon: 000291227, NIP: 5381612227 (stan na 11 lutego 2016 r.). Podmiotem tworzącym Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Suchowoli jest Samorząd Województwa Lubelskiego. Rodzaj działalności leczniczej wykonywanej w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego: stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – szpitalne.

Komórki organizacyjne przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego: I Oddział Psychiatryczny Ogólny; II Oddział Psychiatrii Sądowej Zabezpieczenie Podstawowe; III Oddział Psychiatrycznym Ogólnym z Pododdziałem Terapii Uzależnień od Alkoholu; IV Oddział Terapii Uzależnień od Alkoholu; Sala terapii zajęciowej; Izba Przyjęć, co wynika z księgi rejestrowej.

Szpital zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenia uzależnień (kod umowy: 03-00-00416-16-02), co wynika z informatora umów dostępnego na stronie internetowej (<http://www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach/>).

Ad. 1 pkt a) sentencji niniejszej decyzji:

Na I Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym; II Oddziale Psychiatrii Sądowej Zabezpieczenie Podstawowe; III Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym z Pododdziałem Terapii Uzależnień od Alkoholu Szpitala, pacjentom podaje się leki w formie zawiesiny.

Dowód: fotografia nr IMG 4902, historia choroby – numer księgi głównej: 3/16, w indywidualnej karcie zaleceń lekarskich wpisano adnotację: *ROZPUSZCZAĆ LEKI*, Leki przyjmowane przez pacjentkę to m.in. Kwetaplex 25 mg, Haloperidol 1 mg tabl., Agen 5 mg tabl., fotografia nr DSC 01901, 01900, fotografia nr IMG 1373, 1375, notatka służbowa

⁵ Dz. U. z 2015 r., poz. 618 z późn. zm.

⁶ Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

sporządzona dnia 2 i 3 marca 2016 r., oświadczenia pacjentów, fotografia nr IMG 0001, Historia choroby – numer księgi głównej: 43/79. W opinii sądowno -psychiatrycznej z dnia 20 czerwca 2007 r. wskazano, iż: „(...) negujący potrzebę leczenia (leki niepotrzebne, bo gorzkie i rozpuszczalne”, notatka służbowa z dnia 3 marca 2016 r., oświadczenia pacjentów.

Ad. 1 pkt b) sentencji niniejszej decyzji:

Na I Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym; II Oddziale Psychiatrii Sądowej Zabezpieczenie Podstawowe oraz III Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym z Pododdziałem Terapii Uzależnień od Alkoholu Szpitala, względem pacjentów nie stosuje się indywidualnych programów terapeutycznych. Terapia grupowa – tematy powtarzalne i nieadekwatne do leczenia. Na I Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym (pierwsze piętro Szpitala), nowo przyjęte pacjentki, które mają zakaz opuszczania oddziału („Ruch chorych” – pinezka czerwona) nie uczestniczą w terapii grupowej (Sala Zajęć Terapeutycznych – parter budynku Szpitala).

Dowód: fotografia nr IMG 4964, 3224, 3224, 3100, 3104, historia choroby – numer księgi głównej: 126/16, 802/11, 687/15, 784/15, 21/11, 488/13, 98/07, 320/07, 339/00, 144/16, 784/15, 886/08, 89/16, 133/14, 320/14, 256/95, 144/95, 125/00, 43/79, 478/15, 617/15, 759/15, 850/15, 12/16, 90/16, 93/16, 110/16, 116/16, 118/16, 139/16, 23/16, 84/16, notatka służbowa z dnia 3 marca 2016 r., notatka służbowa z dnia 4 marca 2016 r.

Ad. 1 pkt c) sentencji niniejszej decyzji:

Pacjenci I Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego; II Oddziału Psychiatrii Sądowej Zabezpieczenie Podstawowe oraz III Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego z Pododdziałem Terapii Uzależnień od Alkoholu Szpitala, nie mają organizowanych wyjść z Oddziałów poza budynek Szpitala w trakcie hospitalizacji.

Dowód: wpisy w Zeszycie Terapii Grupowej „(temat: Spacer na świeżym powietrzu) w związku ze sprzyjającymi warunkami atmosferycznymi i na życzenie pacjentek, pod opieką personelu, chore spędziły 2 godz. na świeżym powietrzu”, oświadczenia pacjentów.

Ad. 1 pkt d) sentencji niniejszej decyzji:

Na Izbie Przyjęć Szpitala brak jest stałej obsady personelu. W razie konieczności, lekarz psychiatra i pielęgniarka, pełniący dyżur na innym Oddziale Szpitala, udzielają świadczeń zdrowotnych w ramach Izby Przyjęć.

Dowód: notatka służbowa z dnia 3 marca 2016 r. – rozmowa z Dyrektorem Szpitala.

Ad. 1 pkt e) sentencji niniejszej decyzji:

Na I Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym; II Oddziale Psychiatrii Sądowej Zabezpieczenie Podstawowe, III Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym z Pododdziałem Terapii Uzależnień od Alkoholu oraz IV Oddziale Terapii Uzależnień od Alkoholu, Szpital nie zapewnia pacjentom dostępu do świadczeń w zakresie leczenia stomatologicznego, finansowanych ze środków publicznych.

Dowód: dokumentacja medyczna pacjentów II Oddziału Psychiatrii Sądowej Zabezpieczenie Podstawowe, notatka służbowa ze spotkania grupowego z dnia 3 marca 2016 r. na IV Oddziale Terapii Uzależnień od Alkoholu, pacjenci ww. oddziału oświadczyli, że „(...) pacjenci w ramach przepustki korzystają z usług stomatologicznych (...)”, notatki służbowe.

Ad. 1 pkt f) sentencji niniejszej decyzji:

Na I Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym; II Oddziale Psychiatrii Sądowej Zabezpieczenie Podstawowe, III Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym z Pododdziałem Terapii Uzależnień od Alkoholu, Szpital nie spełnia wymogów dotyczących dostępu do łóżek pacjentów z trzech stron, w tym dwóch dłuższych. Łóżka pacjentów są złączane bokami. Pacjenci umieszczeni są również na korytarzu.

Dowód: fotografia nr IMG 3077, 3042, 0089(1), 0091(1), 0092(1), 0093(1), 0111, 0113(1), 0115, 0121(1), 0123(1), 0123, 0120, 0112(1), 0109(1), 0106(1), 0101, 0120(1), 0087, 0098, DSC 0139, oświadczenia 5 pacjentów.

Ad. 1 pkt g) sentencji niniejszej decyzji:

Na I Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym; II Oddziale Psychiatrii Sądowej Zabezpieczenie Podstawowe, III Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym z Pododdziałem Terapii Uzależnień od Alkoholu oraz IV Oddziale Terapii Uzależnień od Alkoholu, Szpital nie zapewnia pacjentom odpowiednich warunków w pomieszczeniach sanitarno - higienicznych. W toaletach brak papieru toaletowego, dozownika z mydłem w płynie oraz pojemników z ręcznikami jednorazowego użycia. Obowiązek posiadania na IV Oddziale Terapii Uzależnień od Alkoholu własnych środków czystości. Brak maty antypoślizgowej w kabinach prysznicowych. Kabin prysznicowe zamknięte na klucz, wymagana jest zgoda personelu na otwarcie oraz korzystanie.

Dowód: fotografia nr IMG 0030, 0031(1), 1382, 1383, 1384, 3042, 0060, 0140, 0145, 0146, 0121, pkt. 5 Regulaminu IV Oddziału: „Przy przyjęciu na Oddział pacjent jest informowany o obowiązkach: posiadania własnych przyborów toaletowych, kapci, pidżamy”.

Ad. 2 sentencji niniejszej decyzji:

Szpital nie stosuje na III Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym z Pododdziałem Terapii Uzależnień od Alkoholu parawanów zasłaniających pacjentów od innych hospitalizowanych, podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Łóżka dwóch pacjentów umieszczone w ciągu komunikacyjnym, bezpośrednio przy toalecie dla personelu.

Dowód: fotografia nr IMG 104(1), 0105, 0106, notatka służbowa z dnia 3 marca 2016 r., sporządzona o godzinie 10: 30 w III Oddziale Szpitala, sala nr 3: „Pacjent pod kroplówką, 5 łóżko po lewej stronie od wejścia. Brak parawanu. Inni pacjenci obserwują pacjenta”.

Ad. 3 sentencji niniejszej decyzji:

Na I Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym; II Oddziale Psychiatrii Sądowej Zabezpieczenie Podstawowe, III Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym z Pododdziałem Terapii Uzależnień od Alkoholu oraz IV Oddziale Terapii Uzależnień od Alkoholu, personel medyczny zwraca się do pacjentów z pominięciem form grzecznościowych. Pacjenci IV Oddziału Terapii Uzależnień od Alkoholu oraz I Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego są zmuszani do pracy.

Dowód: Informacja widniejąca na tablicy informacyjnej IV Oddziału Terapii Uzależnień od Alkoholu, z wyznaczeniem funkcji pełnionych przez pacjentów (wskazanie imienia pacjenta), np.: „dyżurni przynoszący posiłki ,zaopatrzeniowiec, dyżurni odpowiedzialni za porządek w Oddziale – korytarz, łazienka, stołówka, (...) sala terapeutyczna, na zewnątrz, kuchenkowi”, wpisy w Zeszycie Terapii Grupowej, fotografia nr DSC 0151, notatka służbowa ze spotkania grupowego sporządzona dnia 3 marca 2016 r. na Oddziale IV: pacjenci oświadczyli, że „(...) noszą obiady z budynku głównego specjalnym wózkiem (termosy z jedzeniem). Personel myje termosy (oprócz weekendów) i pacjenci odnoszą je do kuchni w budynku głównym”.

Ad. 4 pkt a) sentencji niniejszej decyzji:

Na I Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym; II Oddziale Psychiatrii Sądowej Zabezpieczenie Podstawowe, III Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym z Pododdziałem Terapii Uzależnień od Alkoholu oraz IV Oddziale Terapii Uzależnień od Alkoholu, dokumentacja medyczna pacjentów jest prowadzona w sposób nieodpowiadający przepisom prawa. Brak pełnych danych osób zlecających leki. Brak pełnych danych osób realizujących zlecenia w Indywidualnych Kartach Zleceń Lekarskich. Brak oświadczeń pacjentów. Nieponumerowane i nieuporządkowane chronologicznie karty. Na I Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym prowadzone są zeszyty, w których odnotowuje się podanie

pacjentom produktów leczniczych. Oddzielne zeszyty ordynacji: Relanium, Estazolam. Karty zleceń uzupełniane na przyszłe dni, a w przypadku wypisu pacjenta, wypełnione rubryki przekreśla się z adnotacją wypis. Brak odpowiednich adnotacji przy skreśleniach. Dokumentacja medyczna niespięta, w sposób luźny włożona do teczek. Brak oznaczenia pacjenta. Nieczytelne wpisy. Niewypełnione karty. Brak odnotowania rozpoznania – wstępnego bądź choroby zasadniczej. Brak kodu jednostki chorobowej. Brak oznaczenia podmiotu.

Dowód: fotografia nr IMG 3250, 3253, 3248, 3245, 3246, 3249, 1377, historia choroby – numer księgi głównej: 802/11, 687/15, 3/16, 447/15, 126/16, 784/15, 21/11, 499/13, 339/00, 784/15, 886/08, 89/16, 43/79, 133/14, 320/14, 144/95, 72/98, 646/12, 273/06, 72/98, 704/09, 478/15, 617/15, 759/15, 850/15, 23/16, 118/16, 104/16, 69/16, 93/16, 116/16, 72/16, 90/16, 128/16, 139/16, 150/16, 151/16, Księga Raportów Pielęgniarskich na I Oddziale.

Ad. 4 pkt b) sentencji niniejszej decyzji:

Regulamin Organizacyjny Wojewódzkiego Szpitala Dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Suchowoli, stanowiący Załącznik Nr 1 do Uchwały Nr 01/2014 z dnia 19 września 2014 r. Rady Społecznej Szpitala, w Rozdziale „X Zasady udostępniania dokumentacji medycznej pacjenta”, w pkt 3 brzmi: „Dokumentacja medyczna jest udostępniana poprzez wydanie oryginału, za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji (**prokuratury, sądy**)”.

Dowód: Regulamin Organizacyjny Wojewódzkiego Szpitala Dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Suchowoli.

Ad. 4 pkt c) sentencji niniejszej decyzji:

Regulamin Organizacyjny Wojewódzkiego Szpitala Dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Suchowoli, stanowiący Załącznik Nr 1 do Uchwały Nr 01/2014 z dnia 19 września 2014 r. Rady Społecznej Szpitala, w Rozdziale X pkt 5 stanowi, iż wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej składa się w sekretariacie Dyrektora Szpitala z uwzględnieniem czasu na sporządzenie kopii, odpisu, wyciągu, z **co najmniej trzydniowym wyprzedzeniem** (dni robocze).

Dowód: Regulamin Organizacyjny Wojewódzkiego Szpitala Dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Suchowoli.

Ad. 4 pkt d) sentencji niniejszej decyzji:

Wnioskowana dokumentacja medyczna pacjentów została udostępniona pracownikom Biura w osobnym pomieszczeniu, bez obecności personelu Szpitala.

Dowód: brak pisemnego potwierdzenia przekazania bądź odbioru udostępnionej dokumentacji medycznej.

Ad. 5 sentencji niniejszej decyzji:

Szpital nie stosuje i wydaje pacjentom kart depozytowych. Zdeponowanie rzeczy wartościowych następuje za pokwitowaniem, w specjalnie prowadzonym w tym celu zeszycie. Kwoty pieniężne są przechowywane na poszczególnych oddziałach Szpitala.

Dowód: fotografia nr IMG 6035, 3298, 3299, zeszyt A5 w gabinecie zabiegowym, Regulamin Depozytu Wartościowych Rzeczy Pacjentów oraz Magazynu Rzeczy Chorych Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Suchowoli z dnia 1 lutego 2011 r., (nie zawiera podpisu osoby upoważnionej pod pozycją „Zatwierdzam”).

Ad. 6 sentencji niniejszej decyzji:

Szpital nie udostępnił na Izbie Przyjęć w formie pisemnej w miejscu ogólnodostępnym dla pacjentów informacji o prawach pacjenta określonych w ustawie i w przepisach odrębnych oraz informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. Ponadto nie udostępnił na IV Oddziale Terapii Uzależnień od Alkoholu danych teleadresowych Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

Dowód: notatka służbowa ze spotkania grupowego w IV Oddziale Terapii Uzależnień od Alkoholu w dniu 3 marca 2016 r.

Ad. 9 sentencji niniejszej decyzji:

Na I Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym; III Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym z Pododdziałem Terapii Uzależnień od Alkoholu oraz IV Oddziale Terapii Uzależnień od Alkoholu, do momentu oddelegowania w Szpitalu w Suchowoli Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, personel pobierał od pacjentów opłaty za energię elektryczną (Szpital nie posiada wymaganej prawem koncesji na obrót energią elektryczną), zużytą do przygotowania ciepłych napoi, naładowania telefonów komórkowych, zużytą podczas strzyżenia lub prania.

Dowód: fotografia nr IMG 5536, 3297, 0038(1), fotografia nr DSC 0135, oświadczenia 13 pacjentów, fakt iż ładowarki do telefonów znajdują się w posiadaniu personelu, informacja umieszczona na IV Oddziale Terapii Uzależnień od Alkoholu: „Z czajnika mogą korzystać

tylko osoby, które uiściły opłatę!!! Ustalona stawka za tydzień: panowie 3 zł, panie 1 zł, wpłaty zbiera starosta (we wtorek). Osoby, które nie mają pieniędzy mogą skorzystać z czajnika po wcześniejszym ustaleniu zasad z za-cą ordynatora IV lub z Oddziałową”, notatka służbowa ze spotkania grupowego, sporządzona dnia 3 marca 2016 r. w IV Oddziale: „(...) od dwóch tygodni są zmienione opłaty za energię. Po wizycie Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego zaprzestano praktyki pobierania opłat za korzystanie z czajnika. Wcześniej pacjenci płacili. Za pieniądze kupowano np. sprzęt do Szpitala, każdy musiał płacić (...).”

Mając na uwadze powyższe ustalenia faktyczne dokonane w toku prowadzonego postępowania oraz obowiązujący stan prawny Rzecznik Praw Pacjenta zważył, co następuje:

Podstawę materialno-prawną niniejszej decyzji w pkt 1-8 sentencji stanowi art. 64 ust. 1 i 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zgodnie z którym, w przypadku wydania przez Rzecznika Praw Pacjenta decyzji o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów nakazuje jej zaniechanie lub wskazuje działania niezbędne do usunięcia skutków naruszenia zbiorowych praw pacjentów, wyznaczając termin podjęcia tych działań. W rzeczonyj decyzji, Rzecznik Praw Pacjenta może nałożyć na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych albo organizatora strajku obowiązek składania w wyznaczonym terminie informacji o stopniu realizacji działań niezbędnych do zaniechania praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów lub usunięcia skutków naruszenia zbiorowych praw pacjentów. Ponadto decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

Podstawę materialno-prawną decyzji w pkt 9 sentencji stanowi art. 64 ust. 3 i 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zgodnie z którym, nie wydaje się decyzji o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów i nakazującej jej zaniechania, jeżeli podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych albo organizator strajku zaprzestał stosowania praktyki, o której mowa w art. 59 ust. 1 ustawy. W tym przypadku wydaje się decyzję o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów i stwierdzającą zaniechanie jej stosowania.

Mając powyższe na uwadze, po przeprowadzeniu postępowania, w oparciu o zgromadzony w aktach materiał dowodowy, w ocenie Rzecznika Praw Pacjenta doszło do stosowania przez Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Suchowoli praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, o których mowa w art. 59 ust. 1 pkt

1 ustawy. Zgodnie bowiem z ww. przepisem, przez praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjentów rozumie się bezprawne, zorganizowane działania lub zaniechania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, mające na celu pozbawienie pacjentów praw lub ograniczenie tych praw, w szczególności podejmowane celem osiągnięcia korzyści majątkowej. Nie jest zbiorowym prawem pacjenta suma praw indywidualnych.

Wyjaśnić należy, iż przez zbiorowe prawa pacjentów odnoszą się do tych praw o których, mowa w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach szczególnych. Używając terminu „zbiorowych praw pacjentów” ustawodawca objął ochroną administracyjnoprawną prawa aktualnych i potencjalnych pacjentów, traktowanych jako zbiorowość – grupę zasługującą na szczególną ochronę (tak: wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 23 kwietnia 2014 r.).⁷ Tym samym ustanowił odrębny przedmiot ochrony, niezależny od ochrony praw indywidualnych pacjentów. O naruszeniu zbiorowych praw pacjentów możemy mówić wówczas gdy, skutki działań mogą zagrażać lub realizować się w sferze każdego potencjalnego pacjenta znajdującego się w podobnych okolicznościach. Zatem dla stwierdzenia naruszenia zbiorowych praw pacjentów istotne jest ustalenie, czy konkretne działanie podmiotu leczniczego nie ma ściśle określonego adresata, lecz jest kierowane do nieoznaczonego z góry kręgu podmiotów. Oznacza to, że nie ilość faktycznych, potwierdzonych naruszeń, ale przede wszystkim ich charakter, a w związku z tym możliwość (choćby tylko potencjalna) wywołania negatywnych skutków wobec określonej zbiorowości przesądza o naruszeniu zbiorowego interesu.

Analizując zgromadzony w sprawie materiał dowodowy w w/w kontekście Rzecznik Praw Pacjenta stwierdził, że w niniejszej sprawie doszło do stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Suchowoli jest podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych w rozumieniu art. 59 ust. 1 pkt 1 ustawy, zaś stosowane w Szpitalu praktyki miały charakter bezprawny, tj. niezgodny z przepisami powszechnie obowiązującego prawa (ustaw, rozporządzeń oraz zarządzeń). Z bezprawnością mamy również do czynienia, gdy kwestionowane postępowanie jest sprzeczne z zasadami współżycia społecznego lub polega na niedopełnieniu obowiązku wynikającego z normy prawnej lub wykonywaniu czynności w sposób sprzeczny z treścią normy prawnej.

Ad. 1 a) sentencji decyzji:

⁷ sygn. akt II OSK 2826/12.

Rzecznik Praw Pacjenta podkreśla, że aktualny stan prawny dokładnie reguluje sposób stosowania farmakoterapii u osób z zaburzeniami psychicznymi. Pacjent przyjęty do szpitala za zgodą (art. 22 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego),⁸ powinien być osobą współuczestniczącą w decyzji, co do formy przyjmowanego leku. Farmakoterapię można stosować bez zgody tylko wówczas, gdy pacjent jest przyjęty w trybie art. 23 ww. ustawy, ale tylko do momentu ustąpienia przesłanek do przyjęcia bez zgody, bądź jest leczony zgodnie z prawomocnym postanowieniem sądu o przymusowym leczeniu.

Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii, Pan prof. Piotr Gałęcki, w piśmie do Rzecznika Praw Pacjenta, nie zaleca stosowania leku w postaci innej niż umożliwiająca to producent. Konsultant podkreśla, iż każda forma oddziaływań farmakologicznych i terapeutycznych musi być z pacjentem ustalona i przez niego zaakceptowana. W sytuacji gdy zachodzi podejrzenie, że pacjent <oszukuje> przy przyjmowaniu leków w trakcie hospitalizacji, należy rozważyć inną formę farmakoterapii (np. iniekcje, tabletki rozpuszczalne w jamie ustnej) lub ściślejszy dozór pacjenta w trakcie przyjmowania leków.⁹ W związku z powyższym, argumenty o nieprzyjmowaniu lekarstw psychotropowych przez pacjentów, w innej formie niż rozpuszczonej (zawiesina) jest bezzasadny.

Natomiast Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, Pani dr hab. Ewa Wilczek-Rużyczka, „stwierdziła, iż podawanie leków jest elementem terapii, za który odpowiada lekarz, to w przypadku zlecenia podania leku na oddziale psychiatrycznym ma możliwość zaznaczenia, że należy skontrolować przyjęcie leku. Lekarz jest zobowiązany do poinformowania pacjenta o rozpoczęciu terapii i formie podawania leku. Szczególnie jest to ważne w przypadku pacjenta psychiatrycznego leczonego przymusowo. Pielęgniarka podając lek na zlecenie lekarza jest osobą uczestniczącą w leczeniu. Mając dodatkowo zlecenia w karcie zleceń, że należy kontrolować przyjmowanie leku, jest zobowiązana do dopilnowania, aby pacjent zażył lek w jej obecności (...). Jeżeli pacjent mimo to odmawia, bądź symuluje połykanie leku, pielęgniarka powinna zgłosić to lekarzowi, jako osobie odpowiedzialnej za proces terapii.”¹⁰ Z powyższego wynika, że formę oraz sposób podania leków pacjentowi, powinien zlecić i nadzorować lekarz prowadzący pacjenta. Natomiast, nie może to być, odgórna decyzja kierownika danej podmiotu leczniczego, zobowiązująca wszystkich lekarzy podmiotu, do stosowania rzeczonyj praktyki.

⁸ Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375.

⁹ Pismo z dnia 14 stycznia 2015 r.

¹⁰ Pismo z dnia 11 stycznia 2015 r., znak: KK/3/2015.

W przedmiocie kwestionowanego przez Rzecznika Praw Pacjenta sposobu – kruszenia i podawania w formie zawiesiny pacjentom, leków psychotropowych, warto ponownie przytoczyć stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie farmacji szpitalnej, Pana prof. dr hab. Edmunda Grześkowiaka z dnia 1 września 2013 r. W opinii Konsultanta Krajowego, nadanie konkretnej substancji leczniczej odpowiedniej postaci leku, zapewnia skuteczność terapeutyczną i bezpieczeństwo jej stosowania. Odpowiednia postać leku nie jest działaniem przypadkowym, gdyż ma na celu optymalizację działania farmakologicznego. Zdaniem Konsultanta „wszelkie zatem działania polegające na próbach rozpuszczania leków zawartych w odpowiednich postaciach leku są niezgodne z obowiązującą wiedzą, noszą znamiona eksperymentu i w związku z tym powinny uzyskać akceptację lokalnej komisji bioetycznej, a z całą pewnością, winny znaleźć odzwierciedlenie w prowadzonej przez Jednostkę dokumentacji medycznej”.

Rzecznik Praw Pacjenta obserwując na Oddziałach Szpitala w 2013 r. proces rozpuszczania leków podawanych pacjentom, przedstawił Dyrektorowi Szpitala stanowisko Pani Teresy Tymińskiej-Tkacz, Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii, która potwierdziła, że „niedopuszczalne jest rozporządzenie podawania leków w formie rozpuszczonej, które miałyby obowiązywać wszystkich pacjentów w oddziale, bez uwzględnienia ich stanu psychicznego oraz nastawienia do współuczestniczenia w procesie terapeutycznym.” W rzeczonyj opinii wskazano, „iż każdy pacjent ma indywidualną kartę zleceń lekarskich i w sposób jednoznaczny wymaga indywidualnego traktowania.”

W protokole ze zbadania sprawy na miejscu¹¹, sporządzonym dnia 14 października 2013 r., Rzecznik Praw Pacjenta, zalecił Dyrektorowi Szpitala, zaniechania rozpuszczania leków wszystkim pacjentom. Natomiast, Członek Zarządu Województwa Lubelskiego Pan Tomasz Pękalski w piśmie z dnia 19 listopada 2013 r.¹², poinformował Rzecznika Praw Pacjenta, że wśród zaleceń Rzecznika z dnia 14 października 2013 r., których w pełni skuteczne wykonanie determinowane jest także stanem psychicznym oraz przebiegiem choroby danego pacjenta, jest przede wszystkim zaniechanie rozpuszczania leków. W tym przypadku, Dyrektor Szpitala zobligowany został do bezwzględnego przestrzegania procedur w zakresie formy podawania leków, dopuszczających odstępnie od obowiązującej formuły wyłącznie w przypadkach uzasadnionych medycznie.

¹¹ Sprawa, znak: RzPP-SRzPP-0932-9-10/AST/BW/2013.

¹² Pismo, znak: OZ-I.9024.29.2013.ERP.

Mimo negatywnych opinii Konsultantów Krajowych, jak również Konsultantów Wojewódzkich w sprawie rozpuszczania leków psychotropowych, w Szpitalu nadal stosowana jest praktyka podawania wszystkim pacjentom powyższych leków w formie zawiesiny.

Podczas zbadania sprawy na miejscu w dniach 1- 4 marca 2016 r. stwierdzono, że w gabinecie zabiegowym I Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego przed podaniem, na tacy znajdowały się przygotowane zawiesiny. Ordynator potwierdził rozpuszczanie leków na ok. 20 - 30 min przed podaniem, choć wskazał, że nie wszystkie leki są rozpuszczane. Ponadto w dokumentacji medycznej (Indywidualna Karta Zleceń Lekarskich) wpisano adnotację: „ROZPUSZCZAĆ LEKI”. Leki przyjmowane przez pacjenta to m.in. Kwetaplex 25 mg, Haloperidol 1 mg tabl., Agen 5 mg tabl.

Na II Oddziale Psychiatrii Sądowej Zabezpieczenie Podstawowe w dnia 2 marca 2016 r. pracownicy Biura zauważyli, jak personel medyczny, po kolacji, podawał pacjentom leki w formie pokruszonej oraz rozpuszczonej w wodzie. Wszyscy pacjenci przyjmujący leki mieli podane lekarstwa w formie zawiesiny. Po kolacji, na korytarzu, przy stoliku pielęgniarki wydają pacjentom leki. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, iż wszyscy pacjenci otrzymują leki w formie pokruszonej, a następnie rozpuszczonej w wodzie w miarkach. Jedną miarkę z lekiem pacjent wypija, a drugą miarką z wodą, nalewaną z małej butelki popija. Na tacy zlekami oraz z nazwiskami pacjentów, nie zauważono miarek z całymi (nie pokruszonymi tabletkami). Wszystkie leki bez wyjątku były rozpuszczone, co wynika z notatki służbowej sporządzonej dnia 2 marca 2016 r. o godzinie 18:30.

Następnie na III Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym z pododdziałem terapii uzależnień od alkoholu - podczas powyższych czynności pracowników Biura w Oddziale, w gabinecie zabiegowym na tacy znajdowały się przygotowane zawiesiny z rozpuszczonymi lekami.

Dyrektor Szpitala podczas zbadania sprawy na miejscu w dniu 3 marca 2016 r. potwierdziła, że leki psychotropowe podawane pacjentom, 30 minut przed podaniem są rozpuszczane. Wszystkim pacjentom na psychiatrii sądowej, bez wyjątku, rozpuszcza się leki.

W indywidualnych rozmowach z pracownikami Biura, 14 pacjentów z Oddziału II oraz III, potwierdziło podawanie im leków psychotropowych w formie zawiesiny. Pacjenci oświadczyli, iż rozpuszczone leki otrzymują 2 lub 3 razy dziennie. Niektórzy otrzymują leki

w powyższej formie od początku swojego pobytu w Szpitalu (tj. od kilku miesięcy do kilku lat).

Zgodnie z art. 8 ustawy pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Warunki fachowe oraz sanitarne, w których pacjenci poddają się określonym świadczeniom medycznym, nie mogą być swobodnie kształtowane przez podmioty udzielające tych świadczeń, ale wymagają bezwzględnego uwzględnienia standardów określonych w odrębnych przepisach. Ta prawna reglamentacja ma zagwarantować pacjentowi poczucie bezpieczeństwa i stanowić gwarancje zachowania podstawowych zasad ostrożności.

Powyższa praktyka jest bezprawna, naruszająca zbiorowe prawa pacjentów do świadczeń zdrowotnych. Nie przestrzeganie zakazu podawania leku w formie zawiesiny, nie wypełnia reguł ostrożności jakie musi zachować podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych a tym samym jest sprzeczny z art. 8 ustawy.

Ad. 1 b) sentencji decyzji:

Pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta, podczas zbadania sprawy na miejscu, w dniach 1- 4 marca 2016 r. szczególną uwagę zwrócili na aspekt korzystania przez pacjentów z terapii zajęciowej, a przede wszystkim realizacji indywidualnych programów terapeutycznych. Z zebranego materiału dowodowego wynika, że w Szpitalu nie stosuje indywidualnych programów terapii. Poczynione ustalenia potwierdził personel medyczny oraz wynik analizy wybranej dokumentacji medycznej pacjentów.

W Oddziałach nie prowadzi się zajęć rehabilitacyjnych. Brak jest wyodrębnionego pomieszczenia na oddziałach ogólnopsychiatrycznych (nie dotyczy Oddziału IV Terapii Uzależnień od Alkoholu), w którym tego rodzaju zajęcia mogłyby być prowadzone – powyższe wskazuje na brak realizacji wymogów określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹³ (Załącznik nr 1, rozdz. VIII, pkt 2: Oddział psychiatryczny dysponuje pomieszczeniami terapeutyczno- rehabilitacyjnymi, sali pobytu dziennego oraz jadalni). Ponadto, pacjenci hospitalizowani na I Oddziale, którzy mają zakaz opuszczania oddziału (tablica korkowa – kolor czerwony), nie korzystają z formy terapii grupowej (Sala Terapii Zajęciowej – na

¹³ Dz. U. z 2012 r., poz. 739.

parterze budynku). W oddziałach zauważalny jest brak inicjatywy psychologa w przedmiocie terapii. Dokumentacja medyczna pacjentów świadczy o tym, że w Szpitalu nie są organizowane zajęcia rehabilitacyjne, co narusza przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych.¹⁴ Zamieszczona w dokumentacji medycznej pacjentów „karta Plan Terapeutyczny”, w każdym przypadku zawiera sześć punktów. Plan nie ma charakteru indywidualnego. Tożsamy jest z treścią planów innych pacjentów (blankiet). Brak terapii ukierunkowanej na potrzeby pacjentów. Nie określono celu prowadzenia terapii oraz efektu oddziaływania terapeutycznego. W dokumentacji brak podpisu i adnotacji pacjenta potwierdzającego omówienie z nim planu terapeutycznego oraz jego akceptacji. Plan powinien być opracowany przy współdziałaniu z pacjentem. Brak adnotacji określających sposób realizacji założonego planu (tym samym Szpital naruszył przepisy § 5 ust. 1 i ust. 3, § 7 ust. 1 i ust. 2 w/w rozporządzenia).

Ponownie warto przypomnieć, że w literaturze przedmiotu, terapia zajęciowa jest formą psychoterapii „(...), pozwala na wykorzystanie aktywności chorych w leczeniu zaburzeń psychicznych (...), dostarcza pacjentowi wielu okazji do kierowania własną aktywnością i eksperymentowaniu w odgrywaniu nowych ról, w pokonywaniu bierności i zależności od otoczenia.”¹⁵ Ponadto, podnosi się, że „zajęcia terapeutyczne dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjentów powinny być integralną częścią postępowania leczniczo-rehabilitacyjnego.”¹⁶ Dobór metod oddziaływań terapeutycznych ustala się na podstawie określonych deficytów, potrzeb i możliwości poznawczych pacjenta. Takiej analizy dokonują członkowie zespołu terapeutycznego, tj. lekarz, psycholog, pielęgniarka, terapeuta zajęciowy. Należy podnieść, iż w rozkładach dnia zajęć rehabilitacyjnych powinny być uwzględnione różnorodne formy zajęć, obejmujące zajęcia indywidualne i grupowe. Dobór zajęć powinien uwzględniać aktualny stan psychiczny, możliwości fizyczne i poziom społeczno-kulturalny pacjenta. Terapia zajęciowa stanowi tę formę rehabilitacji w psychiatrii, która stwarza pacjentowi co najmniej trudności i wymagań, a więc powinna być stosowana przed wszystkim w najcięższych przypadkach.

Należy również podnieść, iż w Szpitalu jest realizowany wobec pacjentów

¹⁴ Dz. U. z 2014 r., poz. 522.

¹⁵ J. Meder, Rehabilitacja, [w]: Psychiatria Tom III Terapia zagadnienia etyczne, prawne, organizacyjne i społeczne; pod redakcją A. Bilikiewicza, S. Pużyńskiego, J. Rybakowskiego, J. Wciórki, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner Wrocław 2003., s. 315.

¹⁶ S. Dąbrowski, [w]: S. Dąbrowski, J. Pietrzykowski, ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz, Warszawa 1997, s. 103.

podstawowy środek zabezpieczający. Tym samym, wskazany stan faktyczny pozwala na wniosek, o braku realizacji przez Szpital obowiązku wynikającego z art. 202 Kodeksu karnego wykonawczego¹⁷ (dalej: „k.k.w.”). Zgodnie z dyspozycją przytoczonego przepisu sprawcę wobec którego wykonywany jest środek zabezpieczający, obejmuje się odpowiednim postępowaniem leczniczym, terapeutycznym i rehabilitacyjnym, a także resocjalizacyjnym, którego celem jest poprawa stanu zdrowia i zachowania, w stopniu umożliwiającym powrót do życia w społeczeństwie i dalsze leczenie w warunkach poza zakładem.

W protokole ze zbadania sprawy na miejscu, sporządzonym dnia 14 października 2013 r., Rzecznik Praw Pacjenta, zalecił Dyrektorowi Szpitala, zaangażowanie personelu Szpitala w organizację planu dnia pacjentów, w tym opracowanie i wdrożenie indywidualnego planu zajęć terapeutycznych dla pacjentów. Do dnia 4 marca zalecenie nie zostało, chociażby w części zrealizowane. Członek Zarządu Województwa Lubelskiego Pan Tomasz Pękalski w piśmie z dnia 19 listopada 2013 r., poinformował Rzecznika Praw Pacjenta, że uznając za priorytet stosowanie różnorodnych metod terapeutycznych w procesie leczniczym, podjęte zostaną działania, których celem będzie umożliwienie pacjentom uczestnictwo w odpowiednich zajęciach terapeutycznych. Pomimo tego w dalszym ciągu dla pacjentów Oddziałów I, II i III nadal nie jest prowadzona terapia indywidualna.

Powyższa praktyka jest bezprawna, tj. narusza przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych oraz przepis art. 202 ustawy Kodeks karny wykonawczy, a tym samym nie realizuje zasad fachowości przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, ograniczając prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych w wyniku braku realizacji indywidualnych programów terapeutycznych a w przypadku pacjentów I Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego Szpitala braku realizacji terapii grupowej.

Ad. 1 c) sentencji decyzji:

Brak wyjść pacjentów poza budynek Szpitala – „na spacerzy na świeżym powietrzu” – do otaczającego podmiot leczniczy zabytkowego parku, potwierdza brak realizacji przez Szpital, wymogów określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych

¹⁷ Dz. U. z 1997 r. Nr 90, poz. 557.

(w § 3 określa się następujące rodzaje zajęć rehabilitacyjnych - ust. 6: terapia ruchowa oraz § 4 stanowi, że zakres programowy zajęć rehabilitacyjnych obejmuje w przypadku – ust. 6: terapii ruchowej – zajęcia sportowe, turystykę i rekreację).

Podczas zbadania sprawy na miejscu pacjenci skarżyli się pracownikom Biura Rzecznika Praw Pacjenta na brak wyjść poza budynek Szpitala – „spacer na świeżym powietrzu”. Powyższe zastrzeżenia dotyczą pacjentów hospitalizowanych w I, II oraz III Oddziale. W Zeszycie Terapii Grupowej I Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego wpisano w dniu 2 sierpnia 2014 r. (temat: „Spacer na świeżym powietrzu”) „w związku ze sprzyjającymi warunkami atmosferycznymi i na życzenie pacjentek, pod opieką personelu, chore spędziły 2 godz. na świeżym powietrzu.” Powyższe potwierdza, iż pacjentki nie opuszczają Oddziału, ani nawet budynku Szpitala (poza pacjentkami uczestniczącymi w terapii uzależnień). Nawet gdy jest ciepło, jak wynika z wpisów w Zeszycie Terapii Grupowej, spacer po parku, odbywają się na prośbę pacjentek. Niemniej jednak, ostatni spacer miał miejsce, jak oświadczył personel medyczny oraz same pacjentki „gdy było ciepło”. Pacjenci II Oddziału Psychiatrii Sądowej Zabezpieczenie Podstawowe potwierdzili, że od października/listopada 2015 r. nie wychodzili w ogóle na spacer, przez co pozbawieni są pobytu na „świeżym powietrzu”. Natomiast pacjenci Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego z Pododdziałem Terapii Uzależnień od Alkoholu hospitalizowani od jesieni 2015 r. nie mieli możliwości ruchu na „dworze” (również pod nadzorem personelu). Ostatnie wyjście na spacer miało miejsce jesienią 2015 r. Pacjenci przebywający od tego czasu w Szpitalu, przez cztery miesiące nie opuszczali budynku Szpitala. Jediną możliwością przebywania na świeżym powietrzu jest przylegający do Oddziału taras (okratowany, pełniący funkcję palami papierosów).

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie psychiatrii dla województwa mazowieckiego Pan prof. dr hab. med. Jacek Wciórka, w opinii z dnia 5 października 2013 r., sporządzonej dla Rzecznika Praw Pacjenta, w sprawie spacerów grupowych pacjentów lub udostępnienia bezpiecznego miejsca do przebywania na świeżym powietrzu pacjentom przebywającym w szpitalu na mocy orzeczenia sądu zabezpieczającego o podstawowym stopniu zabezpieczenia, uznał co następuje: „wielotygodniowe lub nawet wielomiesięczne przebywanie człowieka w zamknięciu, bez możliwości skorzystania z ruchu i przebywania na świeżym powietrzu jest postępowaniem nieludzkim, krzywdzącym, nieterapeutycznym lub nawet przeciwterapeutycznym i prawdopodobnie nieuzasadnionym innymi względami niż wygoda instytucji.” Natomiast w sprawie pacjentów przyjętych do szpitala bez zgody (art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego), Konsultant Wojewódzki stwierdził,

iż „pozbawienie możliwości skorzystania z ruchu i przebywania na świeżym powietrzu, może być uzasadnione tylko indywidualną oceną ich stanu zdrowia oraz równie indywidualną oceną utrzymywania się ryzyka, które uzasadniało przyjęcie bez zgody (m.in. bezpośrednie zagrożenie dla życia pacjenta albo zdrowia lub życia innych osób). Doświadczenie uczy, że stan psychiczny uzasadniający takie postępowanie rzadko przeciąga się na czas dłuższy niż kilka tygodni. Należałoby przyjąć zasadę, że odmowa spaceru pod opieką lub przebywania w bezpiecznej przestrzeni zewnętrznej powinna być odnotowana w dokumentacji, ponieważ stanowi przykład odmawiania pacjentowi jego praw z powodu wyższej konieczności”.

Brak spacerów uniemożliwia realizację prawa pacjentów do świadczeń udzielanych z należytą starannością a tym samym ogranicza to prawo. Zatem bezsprzecznie jest niezgodne z przepisem art. 8 ustawy.

Ad. 1 pkt d) sentencji decyzji:

Ponownie, podczas zbadania sprawy na miejscu w Szpitalu w Suchowoli, Izba Przyjęć była zamknięta z równoczesnym brakiem stałej obsady personalnej. Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynika, że w sytuacji, gdy zgłasza się pacjent, pracownik Szpitala wzywa na Izbę Przyjęć lekarza psychiatrę i pielęgniarkę, którzy w tym czasie pełnią jednocześnie dyżur w innych oddziałach szpitala. W opinii Dyrektora, zapewnienie na Izbie Przyjęć odrębnego personelu medycznego nie jest zasadne, ponieważ ilość zgłaszających się pacjentów tego nie wymaga. Należy wskazać, iż powyższa praktyka jest sprzeczna z pkt 1 załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień¹⁸, który stanowi, że „świadczenia w Izbie Przyjęć udzielane są całodobowo w trybie nagłym, w tym świadczenia diagnostyczno-terapeutyczne, niezakończone hospitalizacją w oddziale lub pobytem w ośrodku lub zakładzie. Świadczenia obejmują w razie potrzeby, zabezpieczenie medyczne świadczeniobiorców oraz zapewnienie transportu, w razie konieczności kontynuacji leczenia specjalistycznego. Realizacja świadczenia gwarantowanego odbywa się z udziałem personelu: lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży, lub psychiatrii dziecięcej, lub lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży, lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży i pielęgniarki”.

¹⁸ Dz. U. z 2013 r., poz. 1386 z późn. zm.

Zbyt mała liczba lekarzy dyżurujących na terenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą, może stanowić zagrożenie dla jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym bezpieczeństwa pacjentów. Tym samym stanowi o zaniechaniu przez Szpital realizacji prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych, w wyniku nie zapewnienia odpowiednich warunków fachowych, tj. kadry, do jego udzielania. Zatem jest niezgodne z art. 8 ustawy. Lekarz, udzielający świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć podczas zgłoszenia, pozostawia w tym czasie oddział na którym równocześnie pełni dyżur bez specjalistycznej opieki.

Konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii, Pan prof. dr hab. Jacek Wciórka, w wystąpieniu z dnia 14 października 2010 r. podniósł, iż „(...) moim zdaniem, przy obciążeniu dyżurnego liczbą chorych przekraczającą 120-150, praktycznie nie ma możliwości zapewnienia im godziwej opieki o możliwej do zaakceptowania jakości – interwencje terapeutyczne stają się zbyt powierzchowne, pośpieszne i słabo dostępne, a poziom zapewnionego bezpieczeństwa zdrowotnego ulega obniżeniu, zwiększając ryzyko zachowań zagrażających i destruktywnych”. W tym miejscu należy przypomnieć, iż Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Suchowoli zarejestrowany jest w Księdze Rejestrowej nr 0000002952 z liczbą łóżek – 142. Obłożenie na dzień 4 marca 2016 r. – 147 łóżek.¹⁹

W protokole ze zbadania sprawy na miejscu, z dnia 14 października 2013 r., stwierdzono, iż w dniu zbadania sprawy, Izba Przyjęć była zamknięta. Dyrektor Szpitala poinformował, że w podmiocie funkcjonuje praktyka, w myśl której, w przypadku, gdy do Szpitala zgłasza się *nowy* pacjent, wówczas lekarz i pielęgniarka – na wezwanie telefoniczne portiera– podejmują działania związane z dyżurem w Izbie Przyjęć. Wskazane osoby pełniły jednocześnie dyżury w oddziałach psychiatrycznych. W związku z powyższym, Rzecznik Praw Pacjenta, zalecił Dyrektorowi Szpitala, zapewnienie obsady personelu medycznego w Izbie Przyjęć. Ponadto, Członek Zarządu Województwa Lubelskiego Pan Tomasz Pękalski w piśmie z dnia 19 listopada 2013 r.²⁰, poinformował Rzecznika Praw Pacjenta, że w przedmiocie zapewnienia obsady personalnej w Izbie Przyjęć Szpitala, dzielając wyrażoną przez Rzecznika Praw Pacjenta potrzebę zwiększenia obsady medycznej Szpitala, podmiot tworzący, zarekomendował odpowiednią organizację pracy zatrudnionego w Szpitalu personelu, ze szczególnym naciskiem na docelowe zwiększenie obsady medycznej podczas przystępowania do konkursu ogłaszanego przez Narodowy

¹⁹ Pismo z-cy Dyrektora ds. Administracyjno-Eksploatacyjnych Szpitala z dnia 4 marca 2016 r.

²⁰ Pismo, znak: OZ-I.9024.29.2013.ERP

Fundusz Zdrowia na udzielanie świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Ad. 1 pkt e) sentencji decyzji:

Pacjenci zgłaszali również pracownikom Biura Rzecznika Praw Pacjenta trudności w dostępie do świadczeń stomatologicznych, w ramach umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Za wszystkie świadczenia w powyższym zakresie, ponoszą pełną odpłatność. Zgodnie z § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień²¹, świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych obejmują: świadczenia terapeutyczne, programy terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki, wyżywienie oraz działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin. Powyższy zapis nakłada na placówki realizujące świadczenia zdrowotne w warunkach stacjonarnych w ramach umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, obowiązek zapewnienia pacjentom dostępu do konsultacji specjalistów innych dziedzin medycyny.

Mając oczywiście na uwadze specyfikę schorzeń pacjentów psychiatrycznych, zakres tego obowiązku może być ograniczony rodzajem lub natężeniem problemu zdrowotnego pacjenta. Pacjenci przebywający na oddziale, z leczenia specjalistycznego powinni korzystać jedynie w uzasadnionych przypadkach. O skierowaniu pacjenta na dodatkowe badania, konsultacje czy zabiegi decyduje lekarz prowadzący. Ograniczenie powinno być stosowane indywidualnie względem poszczególnych pacjentów, nie może natomiast stanowić zasady lub praktyki względem wszystkich pacjentów danego oddziału, jak ma to miejsce w Szpitalu.

Na podstawie art. 14 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego ordynator lub lekarz kierujący oddziałem może wyrazić zgodę na okresowe przebywanie poza szpitalem osoby leczonej w szpitalu psychiatrycznym, bez wypisywania jej z zakładu, jeżeli nie zagraża to zdrowiu i życiu jej lub innych osób. Powyższe potwierdzają również zapisy Zarządzenia Nr 79/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Zgodnie z § 21 ust. 4 w całodobowych oddziałach psychiatrycznych i leczenia uzależnień możliwe jest udzielenie zgody na przepustkę świadczeniobiorcy (...) W przypadku przepustki finansowanie świadczenia

²¹ Dz. U. z 2013 r., poz. 1386 z późn. zm.

zmniejsza się do poziomu 70% wartości jednostki rozliczeniowej. Zapis § 2 ust. 1 pkt 28 ww. zarządzenia przepustkę określa jako okresowe przebywanie osoby z zaburzeniami psychicznymi poza szpitalem bez potrzeby wypisywania jej ze szpitala, w celu sprawdzenia trwałości stanu zdrowia (trening domowy lub społeczny). Zgodnie z § 21 ust. 7 zarządzenia, Fundusz nie finansuje odrębnie świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień realizowanych w warunkach ambulatoryjnych i dziennych, udzielonych świadczeniobiorcy przebywającemu na przepustce. Powyższe oznacza, iż pacjent przebywający na przepustce nie może korzystać z leczenia jedynie w innych placówkach psychiatrycznych bądź leczenia uzależnień. Świadczenia udzielone dla tej osoby w poradniach realizujących umowy zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia w pozostałych rodzajach świadczeń nie powodują koincydencji świadczeń i blokowania płatności dla szpitala, czy też obciążania go dodatkowymi kosztami leczenia.

Na marginesie należy dodać, że zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 28 Zarządzenia nr 79/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 grudnia 2013 r. w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, Fundusz dopuszcza udzielnie przepustki pacjentowi i skorzystanie, w czasie okresowego przebywania osoby z zaburzeniami psychicznymi poza szpitalem, ze świadczeń w innych rodzajach np. stomatologia.

Wobec powyższego zapewnienie możliwości leczenia stomatologicznego jedynie za odpłatnością świadczy o pozbawieniu pacjentów, którzy nie mają środków finansowych na pokrycie tych kosztów, opieki w ww. zakresie. Brak realizacji wymogu fachowości jak wynika z § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, świadczy bezsprzecznie o bezprawności działania Szpitala a tym samym nie wypełnia dyspozycji art. 8 ustawy.

Ad. 1 pkt f) i g) sentencji decyzji:

W toku zbadania sprawy na miejscu ustalono, iż na Oddziałach Szpitala występuje zbyt duże zagęszczenie łóżek, szczególnie na I, II oraz III Oddziale. Tym samym, podmiot leczniczy nie wypełnia wymogów określonych w § 18-20 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Zgodnie z przytoczonymi przepisami, łóżka w pokojach łóżkowych są dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, odstępy między łózkami umożliwiają swobody dostęp do pacjentów a szerokość pokoju łóżkowego umożliwia

wyprowadzenie łóżka. Poszczególne łóżka pacjentów były umieszczone na korytarzu (§ 15 ww. rozporządzenia: Zespoły pomieszczeń stanowiących oddziały łóżkowe szpitala, z wyjątkiem pomieszczeń administracyjnych i socjalnych, nie mogą być przechodnie). W pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych odnotowano brak mydła w płynie w dozownikach, pojemników z ręcznikami jednorazowego użycia (§ 2 ust. 4 ww. rozporządzenia).

W protokole ze zbadania sprawy na miejscu, sporządzonym dnia 14 października 2013 r., Rzecznik Praw Pacjenta, zalecił Dyrektorowi Szpitala, dostosowanie pomieszczeń do wymagań uregulowanych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz doposażenie pomieszczeń sanitarno-higienicznych w dozowniki z mydłem i pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia. Opisana powyżej praktyka, funkcjonuje w Szpitalu – nadal – pomimo wcześniejszych wystąpień Rzecznika Praw Pacjenta.

Powyższe świadczy o ograniczeniu prawa pacjentów do świadczeń zdrowotnych udzielanych w wyniku nie zapewnienia warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym, tj. prawa o którym mowa w art. 8 ustawy.

Ad. 2 i 3 sentencji decyzji:

Prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności zostało szczegółowo uregulowane w rozdziale 6 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W art. 20 ust. 1 ustawy wskazano, iż pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Prawa te w przytoczonym przepisie traktowane są jako jednorodne, jednak w istocie prawo do poszanowania intymności i prawo do poszanowania godności należy rozpatrywać jako prawa odrębne.

Pacjent ma prawo wymagać poszanowania godności, a każda osoba wykonująca zawód medyczny, jest zobowiązana do poszanowania tego prawa. Ustawodawca do podstawowych obowiązków związanych z wykonywaniem zawodu lekarza zaliczył troskę o to, aby inny personel medyczny w kontaktach z pacjentem postępował w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności, co znajduje bezpośrednie odzwierciedlenie w art. 36 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry²².

²² Dz. U. z 2015 r., poz. 464.

Podczas zbadania sprawy na miejscu w dniach 1 – 4 marca 2016 r. ustalono, iż personel medyczny Szpitala zwraca się do pacjentów nie stosując zwrotów grzecznościowych. Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego ustalił również, że Dyrektor Szpitala komunikowała się z pacjentami, używając zwrotu „Ty”. Dodatkowo stwierdzono, że w wyposażeniu Oddziałów brakuje – co potwierdził wówczas personel – parawanów. Czynności realizowane przez pracowników Biura, wykazały, że w przedmiotowym zakresie sytuacja pacjentów nie zmieniła się, gdyż nadal nie jest możliwe oddzielenie pacjenta od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu, oraz zapewnienie poszanowania jego godności i intymności, w szczególności podczas wykonywania zabiegów w obecności osób postronnych. Ponadto, Pacjenci Oddziału II oraz III, których łóżka znajdowały się na korytarzu, również nie byli odgradzeni parawanami od widoku pacjentów spacerujących po korytarzu lub oglądających telewizję. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, iż łóżka dwóch pacjentów zostały umieszczone na korytarzu, w ciągu komunikacyjnym (pomiędzy drzwiami wejściowymi na I Oddział), a przede wszystkim w bezpośredniej odległości przy wejściu do toalety dla personelu Szpitala. Powyższe wpisuje się w naruszenie prawa pacjenta do poszanowania intymności, w szczególności w czasie udzielania pacjentowi świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 20 ust. 1 ustawy. W tym miejscu należy podnieść, iż temat dotyczący nieetycznego postępowania personelu został zauważony przez Rzecznika Praw Pacjenta i opisany w protokole ze zbadania sprawy na miejscu z dnia 14 października 2013 r., kiedy również zwracano się do pacjentów „per Ty” i „po nazwisku”. Rzecznik Praw Pacjenta apelował już do środowiska medycznego o podjęcie działań edukacyjnych w celu wyeliminowania zjawiska poniżania pacjentów szpitali psychiatrycznych. Prezentowane powyżej postawy oraz ograniczenia pacjentowi korzystania z przysługujących mu praw – nie sprzyjają efektywnej terapii.

W toku zbadania sprawy na miejscu w dniach 1 – 4 marca 2016 r. odebrano wyjaśnienia od pacjentów I oraz IV Oddziału Szpitala, którzy skarżyli się, że muszą wykonywać wbrew własnej woli prace porządkowe. Na I Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym wprowadzono dyżury sprzątnięcia przez pacjentów. Dyżur obowiązuje raz na dwa tygodnie, na którym sprzątane są korytarze, świetlica Oddziału. Pacjenci rozstawiają kubki do posiłków, myją podłogę. Natomiast na IV Oddziale Szpitala organizuje się dyżury, które polegają na tym, iż pacjenci dostarczają posiłki z kuchni na Oddział oraz z powrotem.

Angażowanie pacjentów w prace porządkowe, w tym prace polegające na dostarczaniu posiłków, nie znajduje uzasadnienia. Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii prof. dr hab. med. Marek Jarema pismem z dnia 23 kwietnia 2012 r. wyjaśnił m.in., iż czym innym

są prace porządkowe wykonywane w ramach procesu leczenia i rehabilitacji przez pacjentów leczonych w placówkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej, a czym innym takie prace wykonywane w celu wyręczenia personelu, do którego prace te należą. Zaznaczył, że nie można wygenerować katalogu czynności, jakie chorzy mogą wykonywać w ramach leczenia i rehabilitacji, przy czym są to takie czynności, jak umiejętność zrobienia prostych zakupów, załatwienia sprawy w urzędzie, dbania o czystość i higienę, przygotowania posiłków itp. Dalej wyjaśnił, że w procesie leczenia zaburzeń psychologicznych ważną rolę odgrywa również promowanie aktywności chorych oraz trening umiejętności praktycznych, który realizowany jest przez takie czynności, jak uporządkowanie łóżka, szafki, ustawienie krzeseł, podlanie kwiatków, czy wytarcie stolików. W jego ocenie do czynności tych nie należy wykonywanie prac porządkowych należących do obowiązków personelu placówki, jak dla przykładu – sprzątanie pomieszczeń. W czynności sprzątania korytarza oddziału również trudno jest znaleźć cel terapeutyczny. Ponadto, noszenie termosów z jedzeniem ze szpitalnej kuchni na oddziały powinno być wykonywane przez personel podmiotu leczniczego lub przez innego pracownika socjalnego. Konsultant zaznaczył, że niedopuszczalne jest uzależnianie przywilejów dla pacjenta od wykonywania przez niego, w zastępstwie personelu, prac porządkowych. Należy wyraźnie rozróżnić zmuszanie pacjentów do zajęć porządkowych od podejmowania ich w sposób dobrowolny, w ramach programu terapeutycznego. Ważnym jest, aby informacja o charakterze tych działań była wpisana w regulamin danego oddziału. Natomiast w Szpitalu brak jest powyższych regulacji.

W orzecznictwie sądów przyjmuję się, że „godność jest tym dobrem osobistym człowieka, które odzwierciedla wewnętrzne poczucie własnej wartości i ważności, jako indywidualnej osoby ludzkiej. Doznaje naruszenia wówczas, gdy inna osoba daje wyraz gorszej ocenie, co wywołuje usprawiedliwiony stan dyskomfortu psychicznego u adresata” (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 października 2003 r. o sygn. IV CK 149/02). Niewątpliwie angażowanie pacjentów do ww. prac stanowi naruszenie ich godności. Obniża to bowiem poczucie ich własnej wartości przez sam fakt wykonywania czynności, które powinny być zarezerwowane dla odpowiedniego personelu Szpitala.

Ad. 4 sentencji decyzji:

Sprawdzając stopień realizacji przez Szpital prawa pacjentów do dokumentacji medycznej (art. 23 ust. 1 ustawy), podczas zbadania sprawy na miejscu w dniach 1 – 4 marca 2016 r. zweryfikowano udostępnioną dokumentację medyczną w zakresie prawidłowości jej prowadzenia zgodnie z wymogami określonymi przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia

z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²³, zwanym dalej: „rozporządzeniem 2010” oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, zwanym dalej: „rozporządzeniem 2015”²⁴

Zgodnie z art. 25 ustawy dokumentacja medyczna zawiera co najmniej:

- 1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości:
 - a) nazwisko i imię (imiona),
 - b) datę urodzenia,
 - c) oznaczenie płci,
 - d) adres miejsca zamieszkania,
 - e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - f) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody - nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania;
- 2) oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych;
- 3) opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych;
- 4) datę sporządzenia.

Zgodnie z § 4 ust. 1-3 rozporządzenia 2010 wpis w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, zamieszcza się przy nim adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3. Jednocześnie § 5 ww. rozporządzenia stanowi, że strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość. W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, strony wydruku są numerowane. Przepis § 6 ust. 1 ww. rozporządzenia określa, że każdą stronę dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci papierowej oznacza się

²³ Dz. U. z 2014 r., poz. 177.

²⁴ Dz. U. z 2015 r., poz.2069.

co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta. Treść § 7 ust. 1 statuuje obowiązek wpisywania w dokumentacji nazwy i numeru statystycznego rozpoznanej choroby, problemu zdrowotnego lub urazu według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta. Ponadto § 8 rozporządzenia 2010 stanowi, iż w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej:

- 1) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
- 2) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
- 3) oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy.

Przepis § 10 ust. 1 ww. rozporządzenia nakłada na podmiot prowadzący dokumentację medyczną indywidualną obowiązek oznaczania w szczególności: nazwy podmiotu, kodu identyfikacyjnego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej²⁵, zwany dalej "kodem resortowym", stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy i adresu przedsiębiorstwa podmiotu - w przypadku podmiotu leczniczego, nazwy jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono jednostki organizacyjne, oraz nazwy komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono komórki organizacyjne. W dokumentacji medycznej indywidualnej należy również oznaczyć osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierujące na badanie, konsultację lub leczenie wpisując do niej: nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu - w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej, podpis (§ 10 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia 2010).

²⁵ Dz. U. z 2013 r. poz. 217

Powyższe przepisy zostały powtórzone w rozporządzeniu 2015 z poniższymi zmianami, które weszły w życie 23 grudnia 2015 r.:

- § 6 ust. 1, stanowi, że w przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej pierwsza strona dokumentacji indywidualnej zawiera oznaczenie pacjenta zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 2, a kolejne strony - co najmniej imię i nazwisko pacjenta;

- § 8 ust. 1 stanowi, że w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej:

- 1) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą;
- 2) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej;
- 3) oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy;

- § 10 ust. 1 pkt 1 stanowi, że dokumentacja indywidualna, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera oznaczenie podmiotu: nazwę podmiotu, kod resortowy, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwę przedsiębiorstwa podmiotu – w przypadku podmiotu leczniczego, nazwę jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono jednostki organizacyjne, nazwę komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono komórki organizacyjne oraz adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych.

Opisując sposób prowadzenia dokumentacji medycznej na I, II oraz III Oddziale, należy uznać, iż analiza historii choroby pacjentów prowadzi do wniosku, iż dokumentacja medyczna nie jest prowadzona rzetelnie oraz zgodnie z obowiązującymi zasadami. Na szczególną uwagę zasługuje powszechny fakt, że strony badanej dokumentacji medycznej w żaden sposób nie wskazują na chronologiczność. Szpital nie numeruje stron dokumentacji, co stanowi o naruszeniu § 5 rozporządzenia 2010 oraz rozporządzenia 2015. Dokumentacja jest prowadzona w sposób nie uporządkowany, tj. strony są nie spięte, luźno włożone do teczek. Istnieje realne niebezpieczeństwo zagubienia poszczególnych kart. Nie wszystkie wpisy w dokumentacji pacjentów są opatrzone oznaczeniem osoby dokonującej wpisu.

Częściowy brak danych osób zlecających leki i osób realizujących zlecenia w indywidualnych kartach zleceń lekarskich jest niezgodny z § 4 ust. 2 rozporządzenia 2010 oraz rozporządzenia 2015. Na poszczególnych dokumentach widoczne są poprawki, sporządzone przy użyciu korektora, co potwierdza naruszenie § 4 ust. 3 rozporządzenia 2010 oraz rozporządzenia 2015. W dużej liczbie historii choroby nie odnotowano numeru rozpoznania wstępnego bądź choroby zasadniczej zgodnie z § 7 ust. 1 ww. rozporządzeń. Ponadto w dokumentacji medycznej pacjentów znajdują się wpisy nieczytelne oraz niewypełnione karty, co jest niezgodne z § 4 ust. 1 ww. rozporządzeń. Historie chorób pacjentów, przy ich kilku hospitalizacjach przechowywane są w jednej teczce, bez względu na tryb i cel przyjęcia. Stwierdzono również brak oświadczeń pacjentów w przedmiocie upoważnienia osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia oraz udostępnieniu dokumentacji medycznej stosownie do § 8 ust. 1 pkt 1-2 ww. rozporządzeń. Bardzo duża część dokumentacji medycznej pacjentów została podpisana przez lekarzy, jednak brak jest możliwości ustalenia pozostałych informacji określonych w § 10 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia: tj. nazwiska i imienia, tytułu zawodowego, uzyskanych specjalizacji, numeru prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki, położnej, felczera i starszego felczera. Brak jest również oznaczenia podmiotu zgodnie z art. 25 pkt 2 ustawy i § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia 2010 i rozporządzenia 2015. Poszczególne historie choroby nie zawierają oznaczenia pacjenta, co stanowi o naruszeniu art. 25 pkt 1 ustawy oraz § 6 ust. 1 rozporządzenia 2010 oraz rozporządzenia 2015.

Ponadto, Regulamin Organizacyjny Wojewódzkiego Szpitala Dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Suchowoli, stanowiący Załącznik nr 1 do Uchwały Nr 01/2014 z dnia 19 września 2014 r. Rady Społecznej Szpitala, w Rozdziale X Zasady udostępniania dokumentacji medycznej, w pkt 3 brzmi: „Dokumentacja medyczna jest udostępniana poprzez wydanie oryginału, za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji (prokuratury, sądy)”. Z powyższych zapisów można wnioskować, iż tylko organy prokuratury lub sądu mogą wnioskować o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta w formie oryginału. Zauważyć należy, że pogląd o możliwości interpretowania art. 27 pkt 3 ustawy jako *lex specialis* w stosunku do art. 26 ustawy jest sprzeczny z ogólną zasadą wykładni prawa, iż wyjątków nie należy domniemywać. Przyjęcie, iż wolą ustawodawcy pozostawało, aby wydanie oryginałów następowało wyłącznie uprawnionym organom lub podmiotom, (z wyłączeniem pacjenta) możliwe byłoby wyłącznie wtedy, gdyby treść art. 26 ustawy – bądź innej normy prawnej – pozwalała na jednoznaczne ustalenie, kto jest wskazanym

„podmiotem” bądź „organem”. Z uwagi na zachodzące wątpliwości interpretacyjne, trudno przyjąć, aby racjonalny ustawodawca konstruował przepis o charakterze szczególnym, który nasuwałby tak duże wątpliwości interpretacyjne. Dlatego też, dokumentacja medyczna powinna być udostępniana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej, poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Rzeszowie w uzasadnieniu wyroku z dnia 13 lipca 2010 r.²⁶, stwierdził, że udostępnienie dokumentacji medycznej osobie upoważnionej przez pacjenta, obejmuje wszystkie formy określone w art. 27 ustawy, a więc – wgląd, sporządzenie kopii oraz wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru z zastrzeżeniem zwrotu.

Jednocześnie w prawomocnym wyroku z dnia 17 listopada 2015 r. (sygn. akt. VII SA/Wa 1893/15) Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie wskazał, że (...) „ustawodawca w art. 27 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta użył co prawda terminu: „jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji”, jednak zakładając racjonalność ustawodawcy nie sposób uznać, że jego celem było zawężenie uprawnień do udostępnienia oryginału dokumentacji jedynie do innych podmiotów z wyłączeniem najbardziej zainteresowanego jakim jest sam pacjent. Pojęcie uprawnionego podmiotu bez wątpienia odnosi się do podmiotów wymienionych w art. 26 ust. 1 -3 ustawy, a niewątpliwie pacjent jest takim podmiotem. Takie ograniczenie uprawnień nie wynika bowiem z żadnych innych przepisów. Należy więc uznać, iż z brzmienia przepisu art. 27 ust. 3 ustawy wynika, że pacjent ma prawo do żądania wydania oryginałów swojej dokumentacji. Oryginał dokumentacji wydawany jest wyłącznie na wyraźne żądanie uprawnionego organu lub podmiotu. Pacjent może żądać wydania oryginału dokumentacji indywidualnej wewnętrznej oraz dokumentacji zbiorczej jedynie w zakresie wpisów dotyczących jego osoby.”

Na uwagę zasługuje również stanowisko Ministra Zdrowia (znak MZ-OZZ-0760 -31035-3/AWI/13) z dnia 21 listopada 2013 r. (w załączniku), w którym to przedstawił swoje oficjalne stanowisko. Wskazał w nim w szczególności, że „jednym ze sposobów udostępnienia dokumentacji medycznej jest wydanie jej oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli żąda tego uprawniony organ lub podmiot. Podmioty i organy uprawnione wskazane są w art. 26 ustawy, a brzmienie przepisów istotnie

²⁶ II SAB/Rz 29/10

nie pozwala na wykluczenie pacjenta z kręgu uprawnionych do żądania wydania oryginału dokumentacji medycznej, przy zachowaniu zasad określonych w ustawie.”

Natomiast pkt 5 Rozdziału X stanowi, iż „wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej składa się w sekretariacie Dyrektora Szpitala z uwzględnieniem czasu na sporządzenie kopii, odpisu, wyciągu, z co najmniej trzydniowym wyprzedzeniem (dni robocze)”. W tym miejscu należy wskazać, iż zgodnie z § 78 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, podmiot udostępnia dokumentację podmiotom i innym organom bez zbędnej zwłoki. Natomiast w przypadku gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe, odmowa wymaga zachowania formy pisemnej oraz podania przyczyny (§ 79 ww. rozporządzenia). Powyższy termin nie jest terminem niezwłocznym, w którym dokumentacja medyczna ma być udostępniona.

Na uwagę zasługuje fakt, iż podczas udostępniania dokumentacji medycznej pacjentów, pracownikom Biura Rzecznika Praw Pacjenta, osoba udostępniająca rzeczoną dokumentację, nie sporządziła jakiegokolwiek notatki, ani nie odnotowała powyższego faktu, na dowód jakie dokumenty zostały udostępnione oraz w jakiej formie i liczbie. Nie odnotowano faktu zwrotu dokumentacji medycznej. Powyższa praktyka wskazuje na nieprawidłowości w nadzorze nad udostępnioną dokumentacją medyczną. Istnieje realna groźba zniszczenia lub zagubienia udostępnionej dokumentacji, przy braku stosowania podstawowych zasad ostrożności ze strony personelu Szpitala (§ 74 rozporządzenia: Podmiot zapewnia odpowiednie warunki zabezpieczające dokumentację przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych, a także umożliwiające jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki).

W protokole ze zbadania sprawy na miejscu, sporządzonym dnia 14 października 2013 r., Rzecznik Praw Pacjenta, zalecił Dyrektorowi Szpitala, zorganizowanie dla personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Do dnia 4 marca 2016 r. powyższego nie zrealizowano. Brak oraz potrzebę szkoleń zgłaszał personel medyczny w trakcie rozmów z pracownikami Biura.

Wskazana praktyka świadczy, iż w dalszym ciągu Szpital nie respektuje zapisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, jak również rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Ad. 5 sentencji decyzji:

Zgodnie z art. 39 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pacjent w przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Koszty realizacji tego prawa ponosi ten podmiot, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej. Sposób i warunki prowadzenia i przechowywania księgi depozytowej określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2009 r. w sprawie prowadzenia depozytów w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej²⁷. Zgodnie z § 3 ust. 1 ww. rozporządzenia księga depozytowa składa się z kopii kart depozytowych. Natomiast oryginał kart depozytowych wydaje się pacjentowi przekazującemu rzeczy wartościowe do depozytu.

Szpital wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne jest zobowiązany do stosowania powyższych zasad prowadzenia depozytu.

Podczas zbadania sprawy na miejscu, ustalono, że Szpital nie stosuje „kart depozytowych”. Poprzez brak stosowania przez Szpital kart depozytowych, pacjenci nie otrzymują potwierdzenia przekazania rzeczy wartościowych do depozytu w wymaganej przepisami formie. Pacjentom nie wydaje się oryginałów kart depozytowych. Oceniając powyższą praktykę, należy stwierdzić, że wskazane zachowanie wiąże się z zupełnym brakiem wypełniania przez Szpital dyspozycji ww. rozporządzenia. Co prawda, pacjenci podczas rozmów z pracownikami Biura Rzecznika Praw Pacjenta, nie zgłaszali zastrzeżeń w przedmiocie przechowywania rzeczy wartościowych, jednakże Szpital jest zobowiązany stosować powszechnie obowiązujące przepisy, regulujące funkcjonowanie depozytu szpitalnego. Funkcjonująca w Szpitalu praktyka jest sprzeczna nie tylko z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie prowadzenia depozytów w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej, ale także z Regulaminem Depozytu Wartościowych Rzeczy Pacjentów oraz Magazynu Rzeczy Chorych Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Suchowoli, który określa wzór „Karty Depozytowej”, której Szpital w ogóle nie stosuje.

Ad. 6 sentencji decyzji:

Pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach odrębnych (art. 11 ustawy), jak również pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych, w tym

²⁷ Dz. U. z 2009 r. Nr 129, poz. 1068.

o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (art. 12 ustawy). Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych powinien udostępnić tę informację w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym. W przypadku pacjenta niemogącego się poruszać, powyższe informacje muszą być udostępnione w sposób umożliwiający zapoznanie się z nią w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa (art. 11 ust. 3 ustawy). Tym samym informacja ta powinna być dostępna już w razie przyjęcia pacjenta do Szpitala, w szczególności na izbie przyjęć.

W toku zbadania sprawy na miejscu w dniach 1 – 4 marca 2016 r. stwierdzono, że na Izbie Przyjęć brak jest umieszczonej informacji o prawach pacjenta oraz informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Szpital.

Przepis art. 11 ust. 1 ustawy statuuje prawo pacjenta do informacji o prawach pacjenta określonych również w przepisach odrębnych. Takim odrębnym przepisem jest w szczególności § 11 ust. 4 rozporządzenia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁸, który stanowi, że świadczeniodawca jest obowiązany umieścić wewnątrz budynków siedziby i jednostek organizacyjnych informacje dotyczące adresu i numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Niewątpliwie Szpital ma zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia a tym samym jest obowiązany do stosowania § 11 ust. 4 ww. rozporządzenia. Pacjenta ma prawo do złożenia w szczególności wniosku o wszczęcie postępowania wyjaśniającego w trybie przepisów art. 50-53 ustawy. W celu skorzystania z takiej możliwości powinien uzyskać dostęp do danych teleadresowych Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

Podczas zbadania sprawy na miejscu w dniach 1 – 4 marca 2016 r. nie stwierdzono obecności takiej informacji na IV Oddziale Szpitala.

W tym miejscu należy wskazać, iż w protokole ze zbadania sprawy na miejscu w Szpitalu w Suchowoli, sporządzonym dnia 14 października 2013 r., Rzecznik Praw Pacjenta, zalecił Dyrektorowi Szpitala, umieszczenie w miejscu ogólnodostępnym w Izbie Przyjęć oraz w oddziałach, informacji o prawach pacjenta, danych teleadresowych Biura Rzecznika Praw Pacjenta oraz trybie składania skarg i wniosków. Ponadto, W Oddziale II prawo pacjentów do złożenia skargi na lekarza zostało praktycznie wyłączone, gdyż Dyrektor Szpitala pełni

²⁸ Dz. U. z 2015 r., poz. 1400.

jednocześnie funkcję Ordynatora Oddziału II, jak też lekarza prowadzącego pacjenta, na co wskazują wpisy w historii choroby pacjentów oddziału.

Do dnia 4 marca 2016 r. (ostatni dzień zbadania sprawy na miejscu) zalecenia nie zrealizowano na wszystkich oddziałach Szpitala, co świadczy o nieprzerwanym naruszaniu przez Szpital w Suchowoli prawa pacjentów do informacji o prawach określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Ad. 9 sentencji decyzji:

Pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta przeprowadzając czynności zbadania sprawy na miejscu w Szpitalu w Suchowoli w 2013 r., stwierdzili fakt pobierania przez personel od pacjentów opłat za użytkowanie energii elektrycznej. Rzeczoną praktyka została usankcjonowana w Regulaminie Organizacyjnym Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Suchowoli, wprowadzonym Zarządzeniem Nr 05/12 z dnia 27 marca 2012 r. Dyrektora Szpitala – na podstawie Uchwały Nr 02/2012 Rady Społecznej Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Suchowoli z dnia 27 marca 2012 r.

W protokole ze zbadania sprawy na miejscu, sporządzonym dnia 14 października 2013 r., Rzecznik Praw Pacjenta, zalecił Dyrektorowi Szpitala, zaniechania pobierania od pacjentów opłat za korzystanie z energii elektrycznej.

Ponadto, pismem z dnia 3 marca 2014 r., Członek Zarządu Województwa Lubelskiego Pan Tomasz Pękalski, poinformował Rzecznika Praw Pacjenta, iż Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Suchowoli została zobowiązana do przedstawienia zmienionego regulaminu organizacyjnego Szpitala w przedmiocie pobierania opłat od pacjentów za energię elektryczną. Wnioskowane zmiany miały odzwierciedlać fakt, iż Szpital w Suchowoli nie jest jednostką uprawnioną do prowadzenia działalności polegającej na pobieraniu od pacjentów opłat w powyższym zakresie. W przypadku bezskuteczności zaleceń, miały zostać rozważone dalsze działania prawne.

Należy zważyć, iż Regulamin Organizacyjny Szpitala w Suchowoli został zmieniony w przedmiotowym zakresie, jednakże nie zmieniło to w żaden sposób sytuacji hospitalizowanych, którzy do momentu oddelegowania do Szpitala Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (15-19 lutego 2016 r.) uiszczali opłaty za korzystanie z energii elektrycznej.

Zebrany w sprawie materiał dowodowy jednoznacznie potwierdza, że zarówno zalecenia Rzecznika Praw Pacjenta zawarte w protokole z dnia 14 października 2013 r. ze zbadania sprawy na miejscu, jak również podmiotu tworzącego Szpital – Samorządu Województwa Lubelskiego, zostały przez Dyrektora Szpitala w Suchowoli zrealizowane tylko pozornie.

Rzecznik Praw Pacjenta ponownie podkreśla, iż w myśl ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁹, w pojęciu świadczeń opieki zdrowotnej mieści się świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe, jak również świadczenie towarzyszące. Zgodnie z art. 5 pkt 38 ww. ustawy, świadczeniem towarzyszącym jest zakwaterowanie i wyżywienie w podmiocie leczniczym. Powyższe świadczenie jest finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Kwestionowana praktyka wskazuje na naruszenie prawa pacjentów do poszanowania godności, w szczególności w czasie udzielania im świadczeń zdrowotnych. Personel medyczny Szpitala powinien mieć na uwadze, że przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, osoby wykonujące zawód medyczny kierują się również zasadami etyki zawodowej. Wprowadzenie opłat za możliwość napicia się przez chorą osobę gorącej herbaty, w obecnych czasach, jest jednoznaczne z ograniczeniem możliwości zaspokojenia naturalnej i podyktowanej także względami zdrowotnymi, podstawowej potrzeby, jaką jest zaspokojenie pragnienia. Rzecznik Praw Pacjenta stwierdza, po raz wtórny względem Szpitala – powyższe jest nie do zaakceptowania.

Jednakże, zebrany w sprawie materiał dowodowy potwierdza, że od momentu opuszczenia Szpitala przez Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, tj. od dnia 20 lutego 2016 r., personel Szpitala nie pobiera przedmiotowych opłat za użytkowanie energii elektrycznej. Dlatego też, Rzecznik Praw Pacjenta, uznał rzeczony praktyki jako naruszające zbiorowe prawa pacjentów i stwierdził zaniechanie stosowania tej praktyki.

Ad. 1 – 6 i 9 sentencji decyzji:

Dyspozycja art. 59 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, wskazuje na zorganizowany charakter działania lub zaniechania podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, które mają na celu pozbawienie praw pacjentów. Przesłanka zachowania zorganizowanego kładzie nacisk przede wszystkim na zaplanowanie czegoś i przeprowadzenia jakiegoś działania lub powstrzymanie się

²⁹ Dz. U. z 2015 r., poz. 581

od jakiegoś działania. Do uznania „celowości” działania lub zaniechania wystarczy, że podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych co najmniej przewiduje, iż jego zachowanie doprowadzi do naruszenia praw pacjentów i na to się godzi³⁰.

Niewątpliwie Szpital stosował powyższe praktyki w sposób zorganizowany. Wynika to bowiem z wieloletniego standardu postępowania kierownictwa Szpitala oraz podległego mu personelu medycznego. Znalazło to wyraz w umieszczonych w Szpitalu komunikatach oraz innych informacjach powszechnie dostępnych (ogłoszenia, przyklejane kartki). W przypadku praktyki związanej z udostępnianiem dokumentacji medycznej wynikało to również z przyjętego Regulaminu Organizacyjnego a więc aktu wewnętrznego obowiązującego w Szpitalu. Pomimo zaleconych działań przez Rzecznika Praw Pacjenta w 2013 r. w dalszym ciągu praktyki te były stosowane, co niewątpliwie potwierdza ich zorganizowany charakter. Ponadto Szpital niewątpliwie przewidywał, że jego działanie doprowadzi do naruszenia prawa pacjentów i na to się godzi, w szczególności przez prawie trzy lata nie podejmując działań mających na celu ich przeciwdziałanie.

Stosownie do art. 64 ust. 3 i 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ciężar udowodnienia okoliczności zaprzestania stosowania praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów spoczywa na podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych. Zważywszy, iż Szpital w 2013 r., po zbadaniu sprawy na miejscu przez pracowników Biura, nie zastosował się do 10 z 13 zaleceń Rzecznika Praw Pacjenta, uznać należy, iż wskutek nieudowodnienia przez Szpital, że rzezone praktyki nie są stosowane, w opinii organu, nadal mają miejsce.

Ad. 7 sentencji decyzji:

W związku z wykazaniem w toku postępowania przypadkiem naruszenia szeregu praw pacjenta, zasadne jest w ocenie Rzecznika Praw Pacjenta, wskazanie Wojewódzkiemu Szpitalowi dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Suchowoli, w trybie art. 64 ust. 1 ustawy, działań mających na celu usunięcie skutków naruszenia zbiorowych praw pacjentów. W ocenie Rzecznika Praw Pacjenta skutki naruszeń prawa pacjentów uwidocznione są przy naruszeniu prawa do intymności i godności (pkt 2 i 3 sentencji decyzji) oraz przy naruszeniu prawa do dokumentacji w postaci jego nieprawidłowego prowadzenia (pkt 4 a) sentencji decyzji). Samo zaniechanie stosowanie praktyk w postaci podjęcia działań do których Szpital jest zobowiązany nie przyczyni się do usunięcia skutków, które już nastąpiły. Szpital będzie

³⁰ por. Eleonora Zielińska, Ekspertyza na temat poselskiego projektu ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta, Zmiany w systemie ochrony zdrowia, Biuro Analiz Sejmowych 2008, nr 2, s.40.

więc zobowiązany do złożenia stosownego oświadczenia, w którym przeprosi pacjentów za naruszenie ich intymności i godności oraz uzupełni prowadzoną dokumentację medyczną dostosowując ją do wymogów określonych w przepisach prawa.

Ponadto, zgodnie z art. 64 ust. 2 ustawy, Rzecznik Praw Pacjenta może nałożyć na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych albo organizatora strajku, obowiązek składania w wyznaczonym terminie informacji o stopniu realizacji działań niezbędnych do zaniechania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów lub usunięcia skutków naruszenia zbiorowych praw pacjentów. Dlatego też zobowiązano Szpital do złożenia informacji o stopniu realizacji działań niezbędnych do zaniechania stosowania rzeczonych praktyk, które naruszają zbiorowe prawa pacjentów oraz usunięcia skutków naruszenia tych praw, w terminie 30 dni, od dnia otrzymania niniejszego pisma.

Mając powyższe na uwadze, orzeczono jak w sentencji.

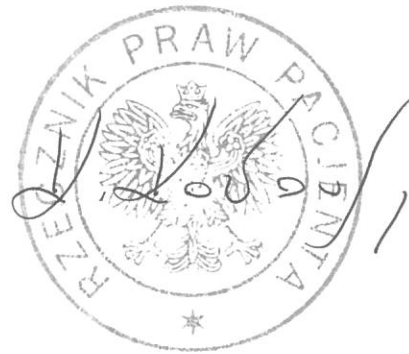
Niniejsza decyzja jest ostateczna

Pouczenie

- 1) Zgodnie z art. 66 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta na powyższą decyzję przysługuje skarga do sądu administracyjnego, który rozpatruje skargę niezwłocznie;
- 2) Zgodnie z art. 53 § 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi, skargę wnosi się w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia decyzji;
- 3) Zgodnie z art. 54 § 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi, skargę należy wnieść do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie, ul. Jasna 2/4, 00-013 Warszawa, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta;
- 4) Zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 16 grudnia 2003 r. w sprawie wysokości oraz szczegółowych zasad pobierania wpisu w postępowaniu przed sądami administracyjnymi³¹ wniesienie skargi na akt z zakresu administracji publicznej dotyczący uprawnień lub obowiązków wynikających z przepisów prawa podlega wpisowi stałemu w wysokości 200 zł.

³¹ Dz. U. Nr 221, poz. 2193

Opłatę tytułem wpisu można uiścić gotówką do kasy właściwego sądu administracyjnego bądź na rachunek bankowy tego sądu.



Otrzymuje: Strona - Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Suchowoli, 21-310 Wołyń.

