



RZECZPOSPOLITA POLSKA

Rzecznik Praw Pacjenta

Krystyna Barbara Kozłowska

RzPP-ZZP-093-10/GB/1

MINISTERSTWO ZDROWIA

Podsekretarz Stanu

Andrzej Włodarczyk

MZ-ZP-P-077-20460-1/MK/11

Protokół kontroli doraźnej

przeprowadzonej przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta oraz Ministerstwo Zdrowia w dniu 2 marca 2011 r. w *Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu*.

1. Podstawy prawne

Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło czynności kontrolne na podstawie art. 65 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej¹.

Kontrolę przeprowadził upoważniony pracownik Ministerstwa Zdrowia Pani Magdalena Kozłowska oraz zgodnie z upoważnieniem Pan Marek Ignaczak, Dyrektor Krajowego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Garwolinie.

Przedmiot kontroli:

W zakresie spełniania przez zakład opieki zdrowotnej wymogów określonych w: ustawie z dnia 30 sierpnia 1990 r. o zakładach opieki zdrowotnej; ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego; rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających.

¹ tj. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta przeprowadziło czynności kontrolne na podstawie art. 52 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta² (dalej: ustawa o prawach pacjenta). Zgodnie z powołanym wyżej przepisem Rzecznik Praw Pacjenta prowadząc postępowanie wyjaśniające *może zbadać, nawet bez uprzedzenia, każdą sprawę na miejscu*. Dyrekcja *Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu* nie została poinformowana o zamiarze przeprowadzenia przedmiotowej kontroli. Kontrolę przeprowadzili upoważnieni pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta:

1. Barbara Tadaiewska, pracownik Zespołu Prawnego;
2. Michał Czapak, specjalista w Zespole Prawnym;
3. Beata Wróblewska – starszy specjalista w Zespole ds. Zdrowia Psychicznego pełniący funkcję Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie;

Przedmiot kontroli:

- stan bezpieczeństwa pacjentów hospitalizowanych w placówce (możliwość ucieczki, etc.);
- przestrzeganie praw Pacjenta;
- stopień i zakres realizacji procedur medycznych odpowiadających standardom terapeutycznym.

Dane placówki (wg rejestru zakładów opieki zdrowotnej):

1. Adres siedziby: ul. Mickiewicza 1, 56-100 Lubiąż;
2. Data rejestracji: 30 listopada 1993 r.;
3. Imię i nazwisko kierownika zakładu: Jacek Kacalak;
4. Nazwa kontrolowanej komórki organizacyjnej:
 - I Oddział Psychiatryczny Sądowy o Wzmocnionym Zabezpieczeniu (60 – łózkowy);
 - II Oddział Odwykowy o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Młodzieży (30-łózkowy);
 - III Oddział Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Młodzieży (30 łózkowy);
 - VI Oddział Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu.

² Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.

Wyznaczniki:

1. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.);
2. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.);
3. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.);
4. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473 z późn. zm.);
5. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485 z późn. zm.);
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 79, poz. 692);
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. 179, poz. 1854 z późn. zm.);
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz. U. 1995, Nr 103, poz. 514).

Oraz inne przepisy dotyczące funkcjonowania samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej.

W trakcie kontroli ustalono, co następuje:

Bezpieczeństwo, warunki pobytu oraz analiza dokumentacji medycznej pacjentów hospitalizowanych w zakładzie dysponującym warunkami wzmocnionego zabezpieczenia.

W wyniku kontroli stwierdzono, iż oddziały wyposażone są w system telewizji/monitoringu wewnętrznego umożliwiający obserwację drzwi wejściowych, sal obserwacyjnych oraz korytarzy. Monitoringiem nie objęto okien zewnętrznych. Brakuje

również systemu sygnalizującego niekontrolowane otwarcie drzwi i okien. Nie wszystkie okna są wyposażone w kraty zabezpieczające. Natomiast niektóre kraty w oknach nie zabezpieczają w dostateczny sposób przed ucieczką pacjentów tj. pacjenci o drobnej budowie ciała są w stanie przecisnąć się pomiędzy kratami.

Stan techniczny obiektu (w tym pomieszczeń oddziałów) wymaga remontu – ściany z ubytkami farb, tynków, zniszczone wykładziny podłogowe. Z wyjaśnień Dyrektora Placówki wynika, iż obiekt (wybudowany ok. 1902 r.) jest wpisany do rejestru zabytków, co powoduje trudności w uzyskaniu pozwoleń na przeprowadzenie remontu. W dniu kontroli tylko w nielicznych pomieszczeniach trwały prace modernizacyjne – odnawiano ściany.

Ponadto, stwierdzono nieprawidłowości i uchybienia polegające przede wszystkim na niezachowaniu należytych warunków sanitarnych w łazienkach i toaletach, tj. występowanie ubytków tynków i farb, plamy po zaciekach, miejscowe zawilgocenia i zagrzybienia ścian, nieutrzymanie urządzeń sanitarnych w czystości i w stanie pełnej sprawności technicznej.

Z relacji pacjentów i personelu wynika, iż często dochodzi do aktów przemocy i agresywnych zachowań wśród pacjentów. Stosowane środki przymusu bezpośredniego – to najczęściej unieruchomienie za pomocą pasów bezpieczeństwa. Ten środek jest dokumentowany m.in. w *Kartach zastosowania unieruchomienia i izolacji*. Jednak zwrócono uwagę, iż personel nie prowadzi wymaganej dokumentacji przy stosowaniu izolacji wobec pacjenta.

W wielu wizytowanych oddziałach nie ma izolatek. W wyniku rozmów z personelem stwierdza się, że izolatka utożsamiana jest z salą wieloosobową obserwacyjno – diagnostyczną. Zgodnie § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego³, *izolacja polega na umieszczeniu osoby, pojedynczo, w zamkniętym pomieszczeniu*. Ponadto, zgodnie z § 8 ww. rozporządzenia, *pomieszczenie przeznaczone do izolacji powinno zabezpieczać przed uszkodzeniem ciała osoby, a zarazem odpowiadać pod względem warunków bytowych i sanitarnych innym pomieszczeniom szpitala psychiatrycznego lub domu pomocy społecznej*. Pacjent osłaniany jest parawanami, w tej samej sali, w której przebywają inni pacjenci.

Ponieważ w Oddziale I nie ma izolatki, dlatego – jak podaje personel - nie stosuje się izolacji. Pacjenci umieszczani są w Sali obserwacyjnej (5- łóżkowa, bez drzwi). W Oddziale III jest izolatka oraz Sala obserwacyjna 5-cio osobowa. Na podstawie dokumentacji medycznej

³Dz. U. 1995, Nr 103, poz. 514

stwierdza się, iż wobec pacjentów, u których zachodziły wskazania do zastosowania izolacji – zlecano „umieszczenie pacjenta w Sali obserwacyjnej”. Zakaz opuszczania Sali trwał przez kilka tygodni.

Należy zwrócić uwagę, iż do tej Sali trafiali zarówno pacjenci:

- nowoprzyjęci na tzw. obserwację;
- których stan zdrowia uległ pogorszeniu;
- ze wskazaniami do izolacji;
- w konsekwencji nieprzestrzegania regulaminu oddziału/porządkowego szpitala;
- na swoją prośbę (w przypadku, gdy czuł zagrożenie ze strony innego pacjenta).

Z relacji Pani ██████████ pielęgniarki naczelnej – bezpośredni nadzór nad pacjentami umieszczonymi w Sali obserwacyjnej pełni wyznaczony sanitariusz.

W wyniku weryfikacji *Rejestru stosowania środka przymusu bezpośredniego*, stwierdzono, iż nie wszystkie Karty *zastosowania unieruchomienia i izolacji* były rejestrowane. Zamiast wpisu całkowitego czasu trwania przymusu bezpośredniego odnotowywano datę i godzinę rozpoczęcia zastosowania środka przymusu. Tym samym trudno było odnieść się do – monitorowania czasu (okresu) stosowanych środków przymusu bezpośredniego. Rejestr nie podlegał żadnej kontroli (brak autoryzacji kierownika).

Podczas wizytacji Oddziału, zwrócono także uwagę na sposób przygotowywania leków przez personel pielęgniarski, który w ocenie Zespołu Kontrolnego był odmienny od zaleceń dr Anny Hajduk Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa Psychiatrycznego. Poinstruowano personel o wdrożeniu ww. zaleceń.

Mając na uwadze wymaganie dotyczące zatrudnienia personelu z nieletnimi w liczbie co najmniej dwukrotnie większej niż liczba hospitalizowanych, stwierdza się, iż w oddziałach 30 łóżkowych - w Oddziale II zatrudnione są 42 osoby, Oddziale III– 45, Oddziale I (60 łóżkowym) - 56 osoby.

Wykaz personelu zatrudnionego:

1. Oddział Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu (60 – łóżkowy):

- Lekarzy 5 (3 na 1 etat, 1 na ½ etatu, 1 na ¾ etatu);
- Psychologów 4 (2 na 1 etat; 2 na ½ etatu);
- Terapeutów zajęciowych 2;
- Pielęgniarek (11 na 10 etatów);
- Salowych 6 etatów;

- Sanitariuszy 27;
- Pracownik socjalny 1

2. Oddział II Odwykowy o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Młodzieży (30 łózkowy):

- Lekarzy 2;
- Psychologów 3;
- Pracownik socjalny ½ etatu;
- Terapeuta zajęciowy 1;
- Terapeuta uzależnień 1;
- Pielęgniarek 10;
- Salowych 6;
- Sanitariuszy 18.

Podczas kontroli pacjenci byli pytani o możliwość kontaktu z psychologiem – odpowiadali - „sprawy trudne (konfliktowe)” omawiane są na zebraniach społeczności. Obchody lekarskie odbywają się raz w tygodniu. Co niektórzy pacjenci na pytanie - kiedy ostatni raz miał możliwość rozmawiania z lekarzem – odpowiadali tydzień temu. Żaden z pytanych pacjentów nie udzielił pozytywnej odpowiedzi na pytania - czy wie jakie leki otrzymuje, czy był informowany o zmianie leków. Jeden z pacjentów poinformował, że „kolegę bardzo bolał ząb, przez tydzień otrzymywał leki p/bólowe, po tygodniu skorzystał z wizyty stomatologa”.

Zwrócono uwagę, iż w Oddziale I pacjenci mają ograniczoną możliwość korzystania z łazienki (w ciągu dnia udostępniania w wyznaczone godziny).

1. Kontrola dokumentacji medycznej oraz regulaminów

Na miejscu dokonano kontroli dokumentacji medycznej (trzech losowo wybranych historii choroby). Zwrócono uwagę, iż jest zamieszczany opis stanu zdrowia pacjenta, ale nie ma żadnych adnotacji odnoszących się do planu terapeutycznego. Wszelkie zlecenia dotyczące ordynowanych leków (zmiany dawek, odstawianie etc.) odnotowywane w *Kartach zleceń lekarskich* nie mają uzasadnienia w historii choroby. Z analizy wpisów wynika, że naganne zachowanie zlecano jednorazowe iniekcje z Fenactilu. Sposób prowadzenia *Kart zleceń lekarskich* budzi zastrzeżenia: brak autoryzacji dokonanych wpisów (osoby zlecającej i wykonującej zlecenie).

W Oddziale II możliwość wysyłania i otrzymywania korespondencji jest ograniczana (podlega kontroli i zgody ordynatora).

Pkt 3 Regulamin Oddziału II Odwykowego o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Młodzieży oraz Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego (zatwierdzony do stosowania przez Panią [REDAKTOWANA] Ordynatora Oddziału II) - „ (...) zaleca się wysyłanie korespondencji (listy, kartki) wyłącznie do najbliższej rodziny i za zgodą ordynatora oddziału. (...) korespondencja od innych osób niż wyszczególnionych wyżej nie jest otwierana, zostawia się ją w historii choroby i oddaje nieletniemu lub rodzinie przy wypisie” . W pkt 2 ww. Regulaminu Oddziału II - „do nieletniego może dzwonić tylko najbliższa rodzina (rodzice, opiekunowie prawni, rodzeństwo i dziadkowie)”.

Natomiast w kwestii możliwości prowadzenia rozmów telefonicznych - Pacjenci proszeni są do telefonu i nie mogą dzwonić na zewnątrz. W Oddziale III rozmowy prowadzone są w obecności personelu, ze względu na lokalizację aparatu telefonicznego w pokoju socjalnym. Pytano pacjentów o kontakt telefoniczny z Panią Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego – odpowiedzi wskazywały, że personel powiadamia Rzecznika.

Wprowadzone ograniczenia w Regulaminie Oddziału są sprzeczne z treścią Regulaminu Porządkowego, w którym zapisano - pacjent ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz.

W pkt 1 Regulaminu Oddziału II (str. 6) określono ”decyzje dyscyplinujące” podejmowane przez zespół i społeczność wobec nieletniego pacjenta, który narusza wspomniany regulamin:

- *upomnienie ustne (raz);*
- *przedstawienie problemu, ocena jego i decyzja podjęta przez społeczność oddziału;*
- *wpis w dokumentacji medycznej;*
- *nagana z powiadomieniem właściwego sądu;*
- *wystąpienie do sądu z wnioskiem o zaostrenie środka zabezpieczającego;*
- *wydłużenie pobytu.*

Wybrane przykłady niepożądanych zachowań pacjentów i wynikających konsekwencji:

1. „(...) gdy nieletni uchyla się od dbania o higienę osobistą i estetykę otoczenia jak również nierzetelnie pełni obowiązki dyżurnego lub nie wypełnia tegoż obowiązku (...) „może być wskazaniem do umieszczenia go w Sali obserwacyjno-diagnostycznej”, (...) „konsekwencje jak w pkt 1”.

2. „pomalowane paznokcie”, „kokietuje”, „niewykonanie innych poleceń personelu zatrudnionego w oddziale na rzecz nieletnich pociąga za sobą konsekwencji jak w pkt 1.”
3. „zakłócanie ciszy nocnej przez nieletniego pociąga za sobą konsekwencje jak w pkt 1 (...)”

Przytoczone przykłady dają podstawę do stwierdzenia, iż występki nieletnich nie są adekwatne do wyboru środka restrykcyjnego. Tym samym mogą naruszać nie tylko prawa pacjenta ale również przepisy obowiązującego prawa.

Ponadto zapis, iż „personel może w każdej chwili dokonać przeszukania pokoju i rzeczy osobistych nieletniego bez obecności nieletniego” stanowi naruszenie prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności.

2. Realizacja zaplanowanego i zindywidualizowanego postępowania leczniczego i rehabilitacyjnego;

Funkcjonująca terapia zajęciowa w wyodrębnionym obiekcie na terenie szpitala (poza oddziałami stacjonarnymi) ogranicza pacjentom możliwość korzystania z arteterapii. Stąd nieliczni pacjenci mają możliwość korzystania z tej formy terapii. Czynności codzienne pacjentów (pełnienie dyżurów) podciągane są pod tzw. „uczestnictwo w terapii”. O wspomnianej praktyce świadczą sprawozdania terapeutów zajęciowych.

W oddziałach zweryfikowano harmonogramy zajęć dla pacjentów. Stwierdza się brak zaplanowanego na cały dzień i tydzień planu zorganizowanych zajęć dla wszystkich hospitalizowanych (brak programu terapii behawioralnej, arteterapii i zajęć sportowych). W dni powszednie w godzinach popołudniowych i dni weekendowe pacjenci nie uczestniczą w żadnych zajęciach.

Powyższy fakt potwierdza przedstawiony Plan zajęć terapeutycznych w Regulaminie Porządkowym Szpitala (wprowadzonym zarządzeniem Nr 11 z dnia 1 marca 2011 r. przez Pana Jacka Kcałak, Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu, zatwierdzonym przez Radę Społeczną w dniu 1 marca 2011 r. uchwałą nr 5/23/11):

- 7.00-7.30 nauka czynności życia codziennego; budzenie chorych (zajęcia grupowe);
- 7.30-8.00 gimnastyka;

- 8.00-9.00 śniadanie; czytanie prasy (parzenie kawy); słuchanie muzyki (zajęcia grupowe);
- 9.00-12.00 zajęcia terapeutyczne;
- 12.00-13.00 spacer;
- 13.00-13.30 obiad;
- 13.30-14.35 nauka gospodarowania pieniędzmi; zakupy (zajęcia grupowe).

W II i III oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu liczba zatrudnionego personelu jest wystarczająca do sprawowania nadzoru nad pacjentami oraz wykonywania podstawowych świadczeń medycznych i interwencji. Natomiast w przypadkach: nasilenia oporu czy zachowań buntowniczych ze strony większej liczby pacjentów lub nasilenia zagrożenia wynikającego ze stanu psychicznego pacjentów (ściśle lub wzmożone obserwacje) personel medyczny nie jest w stanie wykonywać zadań z zakresu oddziaływań korekcyjnych czy rehabilitacji psychiatrycznej prowadzonych indywidualnie lub grupowo.

Nie jest wypełniona dyspozycja § 16 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2005 r. *w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w publicznych zakładach opieki zdrowotnej* - w oddziale 30 łóżkowym powinno być zatrudnionych nie mniej niż 60 osób do sprawowania zadań wzmocnionego zabezpieczenia nad pacjentami. W oddziale II zatrudnione są 43 osoby, w oddziale III – 45. W oddziale odwykowym jest jeden terapeuta uzależnień pełniący wyłączone zadania odwykowe i trzy osoby pełniące funkcję terapeuty uzależnień. Kierownictwo szpitala i oddziałów nie sprawuje zwierzchnictwa nad pracownikami szkoły, tym samym nie może włączyć w skoordynowaną pracę psychoterapeutyczną (uprawnienia, umiejętności, nadzór merytoryczny).

Brak ścisłego, zaplanowanego na cały dzień/tydzień planu zorganizowanych zajęć dla pacjentów (programu terapii behawioralnej, zajęć sportowych i arteterapii) stwarza warunki do rozwoju przejawów „drugiego życia“, tj. zachowań agresywnych charakterystycznych dla zakładów poprawczych.

Sprawozdania z zajęć terapeutycznych prowadzonych przez terapeutę zajęciowego wskazują, że pod tym hasłem kryją się czynności codzienne pacjentów. Ponadto stwierdza się, iż nieliczni pacjenci są objęci zajęciami z arteterapii odbywającymi się poza obrębem oddziału. W oddziale odwykowym terapią odwykową objęci są ci pacjenci, którzy akceptują poddanie się programowi odwykowemu. W dniu kontroli na 30 pacjentów terapią odwykową

było objętych 10-cioro. Z rozmów z terapeutami uzależnień wynika, że nie ma możliwości prowadzenia wobec wszystkich intensywnej pracy motywującej do terapii. W tej sytuacji wobec tych pacjentów, którzy (wg słów terapeutów i programu terapii) nie godzą się na leczenie odwykowe, są stosowane techniki oddziaływania o charakterze socjalizacyjnym i ogólnowychowawczym i tym samym nie są w ścisłym sensie stosowaniem środków leczniczych lecz wychowawczych – niezgodnie z postanowieniami sądów wobec skierowanych pacjentów. Oczywiście, ci pacjenci są leczeni z powodu zaburzeń innych niż uzależnienie i zaburzenia specyficznie związane z nadużywaniem środków psychoaktywnych. W konstrukcji oddziałów o wzmocnionym zabezpieczeniu właściwe są do tego oddziały niespecjalistyczne (np. takie jak oddz. III). Kolejka do realizacji postanowień sądów o leczeniu odwykowym jest wielomiesięczna. Takiej dysfunkcjonalnej, zatomizowanej strukturze sprzyja brak komisji kierującej pacjentów do poszczególnych miejsc stosowania środka leczniczego wobec nieletnich oraz stanowiącej pomoc dla sądów przy ocenie uzyskiwanych przez nie co 6 miesięcy informacji o efektach leczenia (analogicznie do komisji dla dorosłych).

Ustalenia pokontrolne:

1. Uchybienia dotyczące podstawowych wymagań sanitarno-higienicznych (pajęczyny, brudne łazienki, ubytki w kafelkach);
2. Niewystarczająca liczba personelu;
3. Brak wymaganych zabezpieczeń (monitoring);
4. Nierzetelnie prowadzona dokumentacja medyczna i brak nadzoru nad jej prowadzeniem (dotyczy: historii chorób, kart zleceń lekarskich, kart zastosowania unieruchomienia i izolacji, rejestru kart unieruchomienia);
5. Brak znajomości procedur rozkładania leków;
6. Niskie zaangażowanie personelu w organizację planu dnia pacjentów;
7. Brak programu terapeutycznego;
8. Łamanie zakazu używania tytoniu i wyrobów tytoniowych;
9. Brak izolatek;
10. Ograniczony dostęp do świadczeń (stomatolog);

11. Regulamin Porządkowy Szpitala nie jest przestrzegany w zakresie: §46, §41 ust. 2, § 18 ust. 12;

Wnioski pokontrolne:

Na podstawie podjętych działań kontrolnych należy stwierdzić, iż w oddziałach psychiatrycznych doszło do naruszenia następujących praw pacjenta:

1. Prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. (*art. 8 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*).
2. Prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, opartej na dostępnych metodach i środkach zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, wykonywanych przez lekarzy, pielęgniarki (...)z należytą starannością i zgodnie z zasadami etyki zawodowej, (...) (*art. 6 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*⁴; *art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry*⁵; *art. 18 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej*⁶;
3. Prawo do intymności i poszanowania godności osobistej w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych (*art. 20 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*; *art. 36 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry*);
4. Prawo (pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego) do uzyskania przystępnej informacji od lekarza o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia, rokowaniu. Lekarz może być zwolniony z tego obowiązku wyłącznie na żądanie pacjenta. Lekarz może udzielać powyższych informacji, innym osobom tylko za zgodą pacjenta (*art.*

⁴ Dz. U. z 2008 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.

⁵ Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 z późn. zm.

⁶ Dz. U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217 z późn. zm.

- 9 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; art. 31 ust. 1 - 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry);*
5. Prawo do kontaktu telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz w zakładach opieki zdrowotnej (*art. 33 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zw. z art. 21 ust 2 cytowanej ustawy);*
6. Prawo do dostępu do dokumentacji medycznej na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez niego upoważnionej (*art. 26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).*

Zalecenia pokontrolne:

- Zwiększenie liczby (obsady) personelu (zatrudnienie wykwalifikowanej kadry do pracy z osobami z chorobami psychicznymi bądź innymi zakłóceniami czynności psychicznych);
- Opracowanie i wdrożenie programu terapeutycznego (objęcie programem wszystkich hospitalizowanych zgodnie z nakazem sądu);
- Opracowanie regulaminu dotyczącego monitoringu Oddziału ze szczególnym uwzględnieniem wydłużenia okresu przechowywania zapisów z monitoringu, jak również kręgu osób upoważnionych do wglądu w nagrania;
- Kontrolowanie poziomu przestrzegania praw pacjenta;
- Przeszkolenie personelu w zakresie przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i ustawy o ochronie zdrowia psychicznego ze szczególnym uwzględnieniem stosowania przymusu bezpośredniego;
- Podjęcie natychmiastowych i skutecznych działań zmierzających do poprawy bezpieczeństwa pacjentów, w szczególności polegających na:
 - a) dostosowanie systemu monitorowania i alarmowego oddziału;
 - b) zabezpieczeniu okien, w sposób uniemożliwiający ucieczki;
- Podjęcie niezwłocznych działań mających na celu zmniejszenie liczby wypadków w Oddziale, zarówno wynikających z doświadczanych przez pacjentów zaburzeń psychotycznych (pobicia innych pacjentów, pobicia personelu, zamachy suicydalne, zamachy przeciwko bezpieczeństwu publicznemu), jak i wynikające ze stanu

fizycznego pacjentów (upadki w łazience, upadki z łóżek, potknięcia itp.). Za sprawę priorytetową należy uznać wyeliminowanie wszelkich okoliczności umożliwiających zachowania samobójcze;

- Opracowanie kwartalnego raportu wypadków w Oddziale, zawierającego informacje nt. zachowań pacjentów autoagresywnych, suicydalnych, agresywnych fizycznie wobec personelu lub pacjentów, sprowadzenia zagrożenia dla bezpieczeństwa publicznego (np. wywoływanie pożaru) czy samowolnych oddaleń z Oddziału;
- Wymiana wszystkich okien w Oddziale oraz zabezpieczenie okien w salach przed możliwością przemykania niebezpiecznych przedmiotów przez osoby z zewnątrz. Wymiana powinna uwzględnić wymianę szyb na nietłukące się;
- Modernizacja i dostosowanie izolatek do wymagań uregulowanych w rozporządzeniu w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej;
- Modernizacja pomieszczeń, w szczególności łazienek (dostosowanie ich do potrzeb osób niepełnosprawnych);
- Inne remonty polegające na odmalowaniu Oddziału, modernizacji instalacji elektrycznej oraz wymiana wszystkich materaców na ognioodporne;
- Modernizacja stołówki, celem zapewnienia higienicznych i estetycznych warunków do spożywania posiłków przez pacjentów;
- Opracowanie i wdrożenie procedur sanitarno-higienicznych;
- Wprowadzenie wyraźnego systemu oznakowania wewnątrz Oddziału, poprzez umieszczenie tablicy informacyjnej w holu głównym Oddziału; uzupełnienie brakujących tabliczek na drzwiach (zwłaszcza gabinetów psychologów i sal terapeutycznych);
- Przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego z prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;
- Przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego z zasad przygotowywania leków zgodnie zaleceniami opracowanymi przez dr Annę Hajduk, Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa Psychiatrycznego.



