

Protokół z przeprowadzonej kontroli w dniu 13 stycznia 2011 r. w I Oddziale Psychiatrycznym Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Pawła II w Bełchatowie.

1. Podstawy prawne

Działania kontrolne przeprowadzono na podstawie art. 52 ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm., dalej: ustawa o prawach pacjenta), zgodnie z brzmieniem którego „Rzecznik Praw Pacjenta prowadząc postępowanie wyjaśniające może zbadać, nawet bez uprzedzenia, każdą sprawę na miejscu”. Dyrekcja Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Pawła II w Bełchatowie nie została poinformowana o zamiarze przeprowadzenia przedmiotowej kontroli.

Czynności kontrolne zostały przeprowadzone przez:

1. Michała Czypaka – pracownika Zespołu Prawnego Biura Rzecznika Praw Pacjenta;
2. Barbarę Tadajewską – pracownika Zespołu Prawnego Biura Rzecznika Praw Pacjenta;
3. Beatę Wróblewską – pracownika Zespołu ds. Zdrowia Psychicznego wykonującą jednocześnie zadania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie;
4. Jarosława Maćkiewicza – pracownika Zespołu ds. Zdrowia Psychicznego wykonującego jednocześnie zadania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w Bełchatowie i Pabianicach.

Osoby wizytujące ww. Oddział Psychiatryczny posiadały imienne upoważnienia do przeprowadzenia działań kontrolnych, podpisane przez Rzecznika Praw Pacjenta.

Przyczyną uzasadniającą przeprowadzenie kontroli było podejrzenie naruszenia praw pacjenta, w szczególności: w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego – w kwestii długości zastosowanej izolacji zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz. U. z 1995 r. Nr 103, poz. 514) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem

fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2006 r. Nr 213, poz.1568 z późn. zm.).

Działania podjęte przez Biuro pozostawały w związku z niepokojącymi sygnałami zgłaszanymi przez Pana Jarosława Maćkiewicza Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w Bełchatowie, zatrudnionego na ww. stanowisku od dnia 3 sierpnia 2010 r. a także w związku z kontrolą, przeprowadzoną w dniu 6 października 2010 r. przez Panią prof. dr hab. Jolantę Rabe - Jabłońską Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Psychiatrii.

Obserwacje prowadzone na miejscu przez Pana Jarosława Maćkiewicza, Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, wskazywały na brak działań ze strony Dyrekcji ww. placówki zmierzających do wdrożenia zaleceń pokontrolnych ww. Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Psychiatrii, w szczególności odnoszących się do konieczności zabezpieczenia pacjentów agresywnych oraz zagrożonych działaniami suicydalnymi.

Protokół z kontroli prof. J. Rabe - Jabłońskiej, przesłany do Dyrekcji Szpitala Wojewódzkiego w Bełchatowie w listopadzie 2010 r., zalecał m.in.:

1. Podział Oddziału na dwa Oddziały: zamknięty i otwarty. Oddział zamknięty miałby być przeznaczony dla ostrych i ciężkich stanów (pacjentów z nasiloną agresją, zachowaniami samobójczymi, hospitalizowanych bez zgody);
2. Konieczność wymiany szyb na bezpieczne (nietłukące się) w całym Oddziale. W pierwszej kolejności wymiana powinna nastąpić w Oddziale zamkniętych i w izolatkach;
3. Dostosowanie izolatek do wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej oraz korzystania z nich w wyjątkowych i uzasadnionych sytuacjach w sposób krótkotrwały;
4. Remont Oddziału, w tym dopasowanie szerokości drzwi do sal, zmianę usytuowania dyżurek pielęgniarskich, wypełnienie tynkowych ubytków w suficie, oraz dostosowanie toalet do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Przedmiotowy protokół pokontrolny został przekazany do wiadomości Dyrektora Szpitala, Ordynatora Oddziału, Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Psychiatrii, jak również do Dyrektora Departamentu Polityki Zdrowotnej w Urzędzie Marszałkowskim w Łodzi.

h w - j m Bład

Podkreślenia wymaga fakt, że w podsumowaniu protokołu pokontrolnego Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Psychiatrii wyraźnie stwierdzono, że „w obecnych warunkach lokalowych i organizacyjnych, Oddział Psychiatryczny I nie daje możliwości bezpiecznej hospitalizacji dla chorych psychicznie agresywnych, samobójczych, hospitalizowanych bez zgody”.

Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Bełchatowie uzasadniał nie podjęcie działań wynikających z zaleceń Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Psychiatrii brakiem środków finansowych na pokrycie kosztów związanych z modernizacją Oddziału.

Warto w tym miejscu podnieść, iż w dniu 24 listopada 2010 r. w omawianym Oddziale miał miejsce incydent poturbowania Rzecznika przez jednego z pacjentów, co dodatkowo obrazuje niedostateczne zabezpieczenie agresywnych pacjentów hospitalizowanych w Oddziale.

W grudniu 2010 r. i styczniu 2011 r. miały miejsce spotkania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z Dyrekcją Szpitala dotyczące wdrażania zmian w ww. Oddziale. Spotkania, o których mowa powyżej, odbyły się z inicjatywy Rzecznika, jak również z jego inicjatywy w spotkaniach w styczniu 2011 r. brał udział Pan [REDACTED]: Ordynator Oddziału. W czasie spotkania w dniu 12 stycznia 2011 r. z Panem Jerzym Ogluszką Dyrektorem ds. Lecznictwa, przedstawiono Dyrekcji skonsultowany przez personel Oddziału oraz Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego plan reorganizacji Oddziału, zawierający m.in. postulat wydzielenia zamkniętych odcinków obserwacyjnych.

2. Ustalenia dotyczące I Oddziału Psychiatrycznego

Oddział Psychiatryczny I, liczący obecnie 115 łóżek, usytuowany jest w dwukondygnacyjnym budynku w kształcie litery „H”. Powstał na przełomie lat 80 i 90 XX w. W budynku znajduje się ponadto Oddział Psychiatryczny Dzienny, obsługiwany przez wspólny personel.

Po prawej stronie budynku znajduje się część kobieca, po lewej część męska Oddziału; na parterze budynku części te są połączone wspólnym korytarzem, na pierwszym piętrze strony rozdzielone są pomieszczeniami Oddziału Psychiatrycznego Dziennego. Sale izolacyjne oraz tzw. odcinki ostre (nie wydzielone) usytuowane są w dolnej kondygnacji, w skrzydłach budynku. Oddział wyposażony jest w osiem kamer telewizji przemysłowej (bez możliwości rejestrowania obrazu oraz bez przesyłania dźwięku), odpowiednio: cztery kamery po stronie męskiej (trzy w izolatkach, jedna w sali obserwacyjnej, która jest najdalej odsunięta

R. W., M. Bled

od dyżurki pielęgniarek) oraz cztery kamery po stronie kobiecej (dwie w izolatkach, jedna w sali obscrwacyjnej, oraz jedna na korytarzu). W Oddziale funkcjonuje pięć izolatek, trzy po stronie męskiej, dwie po stronie kobiecej. Zauważyć należy, iż pod względem formalnym izolatki nie spełniają wymagań określonych w rozporządzeniu w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej, tj. brak w nich wężła sanitarnego, modernizacji wymaga również zabezpieczenie kaloryferów oraz usprawnienie wentylacji w izolatkach.

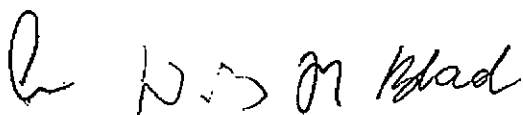
Drzwi do odcinków, w których przebywają pacjenci, wobec których prowadzona jest obserwacja psychiatryczna, są otwarte, stwarzając możliwość swobodnego poruszania się po Oddziale. Stwierdzić także należy, iż bezpośrednio do odcinków obserwacyjnych przylegają klatki schodowe, które nie są zabezpieczone, co daje możliwość skakania pacjentom z górnej kondygnacji.

Przedmiotowy Oddział jest oddziałem profilowanym ze względu na jednostkę chorobową, tzn. przeznaczonym do hospitalizacji osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi, takimi jak psychozy, schizofrenia paranoidalna, czy organiczne stany otepienne. Duża część pacjentów hospitalizowanych w Oddziale, przyjmowana jest bez zgody (w roku 2010 ok. 176 osób na ponad 1000 hospitalizacji), co wynika z charakteru zaburzeń hospitalizowanych pacjentów. Zauważyć należy, że w strukturze Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Pawła II w Bełchatowie funkcjonują ponadto: II Oddział Psychiatryczny (dawniej: Oddział Leczenia Nerwic i Zaburzeń Afektywnych) oraz Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych i Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu. Łącznie szpital dysponuje 225 łózkami dla pacjentów psychiatrycznych i uzależnionych, co stanowi ok. 1/3 wszystkich łózek Szpitala. Oddział Psychiatryczny I świadczy opiekę psychiatryczną dla mieszkańców południowej części województwa łódzkiego, głównie dla mieszkańców powiatów: bełchatowskiego, piotrkowskiego ziemskiego i piotrkowskiego grodzkiego, radomszczańskieo, opoczyńskiego, pajęczańskiego i wieluńskiego. Często hospitalizowani są pacjenci w stanach nagłych z odległych stron województwa (m.in. Brzezina, Kutna czy Skierniewice). Zgodnie z kontraktem z Narodowym Funduszem Zdrowia Oddziały Psychiatryczne ww. Szpitala w Bełchatowie traktowane są jako oddziały ogólnie psychiatryczne.

W dniu kontroli, tj. 13 stycznia 2011 r. hospitalizowanych było 115 pacjentów, co odpowiada 100 % miejsc w Oddziale. Wobec 4 pacjentów stosowany był przymus bezpośredni w postaci izolacji.

Struktura zatrudnienia w Oddziale (na dzień kontroli) przedstawia się następująco:

1. Lekarzy, w tym lekarzy psychiatrów – 11 (z Ordynatorem włącznie)



2. Pielęgniarek – 51 (z pielęgniarką oddziałową włącznie)
3. Psychologów – 4
4. Terapeutów zajęciowych – 6
5. Sanitariuszy – 17
6. Pracowników socjalnych – 2

3. Kontrola i czynności podjęte w czasie kontroli

W czasie kontroli przeprowadzono rozmowę z Dyrektorem Szpitala, Panem Mirosławem Leszczyńskim, z Panem dr Jerzym Ogłuszką Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa, Panem [REDAKTOWANO] Zastępcą Ordynatora I Oddziału Psychiatrycznego, oraz z Panią [REDAKTOWANO] Pielęgniarką Oddziałową. Przeprowadzono również rozmowy z personelem dyżurującym w Oddziale. Pan [REDAKTOWANO] Ordynator Oddziału, tego dnia przebywał na urlopie, nie uczestniczył w działaniach kontrolnych.

W czasie rozmowy Pan Mirosław Leszczyński Dyrektor Szpitala poinformował, że oddziały psychiatryczne są oddziałami, które nie są rentowne dla Szpitala, w związku z powyższym nie wyklucza możliwości zamknięcia tych Oddziałów. Zestawiając potrzeby oddziału psychiatrycznego z potrzebami Szpitala można było odnieść wrażenie, że psychiatria, mimo, iż stanowi ok. 30 % całego Szpitala jest na końcu pod względem nakładów finansowych przeznaczanych przez Dyрекcję na ogólną poprawę infrastrukturalną tych Oddziałów.

Z rozmów przeprowadzonych z personelem Oddziału wynika, że deklaracje zmian nie są jednoznaczne ze zobowiązaniem się dyrekcji do ich wprowadzenia. Poinformowano Zespół Kontrolujący, że wszelkie bieżące naprawy w Oddziale odbywają się ze znacznymi opóźnieniami, oraz że personel wielokrotnie zwracał się pisemnie do Dyrekcji o wprowadzenie zmian organizacyjnych, mających na celu usprawnienie pracy Oddziału i zapewnienie większego bezpieczeństwa pacjentom.

Zespół kontrolujący dokonał obchodu Oddziału w obecności Pana [REDAKTOWANO] [REDAKTOWANO] oraz Pani [REDAKTOWANO]. W czasie obchodu zwrócono uwagę na organizację Oddziału pod kątem bezpieczeństwa pacjentów oraz przeprowadzono kontrolę sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej, zwłaszcza w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego. Zwrócono uwagę na sposób prowadzenia kart zlecenia unieruchomienia bądź izolacji, stanowiących załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego.

h W. 7 gr Bład

Na podstawie udostępnionej dokumentacji stwierdzono rozbieżność, polegającą na praktyce wypełniania karty zlecenia, o których mowa powyżej, niezgodnie z § 13 ww. rozporządzenia. Personel medyczny rozpoczynając dyżur wypełniał kartę zleceń do końca dyżuru tj. okres zastosowania środka przymusu pokrywał się z godzinami dyżuru personelu (klamry oznaczały początek i koniec dyżuru). Wpisy dokonywane w czasie jednego dyżuru były autoryzowane jednym podpisem przy klamrze, co rodzi uzasadnione wątpliwości, czy osoba autoryzująca dokonywała osobiście oceny stanu fizycznego osoby, wobec której zastosowano przymus bezpośredni, jak również czy ocena ta faktycznie miała miejsce co 15 min., zgodnie z § 13 ww. rozporządzenia. W związku z zastrzeżeniami dotyczącymi prowadzenia dokumentacji medycznej, personel został pouczony przez Panią Beatę Wróblewską, Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, o właściwym i zgodnym z prawem sposobie prowadzenia dokumentacji medycznej. Jednocześnie podkreślenia wymaga, iż spotkało się z dużym zainteresowaniem ze strony personelu, jak również z gotowością poprawy sytuacji.

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

4. Kontrola dokumentacji medycznej

Na miejscu dokonano kontroli dokumentacji medycznej pacjentów wobec których stosowano przymus bezpośredni w dniu kontroli. Dodatkowo na życzenie Zespołu Kontrolującego udostępniono dokumentację medyczną czterech pacjentów, w tym trzech o których Rzecznik powziął informacje odnośnie długotrwałej izolacji (na podstawie pisma Dyrektora Szpitala z dnia 17 listopada 2010 r. znak: DSO/077/173/10 zawierającego zestawienie czasu trwania izolacji pacjentów w okresie 15 listopada 2009 r. - 15 listopada 2010 r., oraz jednego pacjenta, wybranego losowo. Z przeprowadzonej analizy dokumentacji medycznej wynika, że:

1. Skierowanie do ww. Oddziału wystawione jest na formularzu niezgodnym z załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 listopada 1995 r. regulującego szczegółowy sposób działania szpitala psychiatrycznego w sprawach przyjmowania oraz wypisywania ze szpitala psychiatrycznego (Dz. U. z 1995 r. Nr 150, poz. 736).

W. W. → M. Pład

2. Częstymi powodami wpisywania w kartach zastosowania unieruchomienia lub izolacji były stwierdzenia: „autoagresja”, „tendencje suicydalne”, „niszczycielstwo”, „tendencje autodestrukcyjne”. Powyższe wpisy są zbyt ogólne, w żadnym stopniu nie odzwierciedlają zachowania pacjenta, ani tym bardziej wskazań do zastosowania przymusu bezpośredniego, co jest niezgodne z § 11 ww. rozporządzenia o sposobach stosowania przymusu bezpośredniego. Warto zaznaczyć, iż z jednej z analizowanych kart wynika, iż powód zastosowania unieruchomienia był konkretny, tj. wskazano zachowanie pacjenta stanowiące przesłankę do zastosowania przymusu bezpośredniego w postaci izolacji bądź unieruchomienia („próba skoku z klatki schodowej”).
3. Godzinowy sposób liczenia czasu trwania przymusu bezpośredniego wobec pacjenta jest niespójny, tzn. w jednym przypadku był zawyżany, w innym zaniżany o czas, w którym pacjent spędził z odwiedzającą go rodziną. Ponadto, można z tego wywnioskować, że okresy przedłużenia unieruchomienia były z góry zaplanowane, przed oceną stanu danego pacjenta i faktycznym wskazaniem do dalszego stosowania przymusu. Może to wskazywać na fakt, iż karty mogły być przygotowywane do podpisu lekarza *in blanco*.
4. Z dokumentacji medycznej nie wynika, że przed decyzją o przedłużeniu czasu unieruchomienia pacjent był osobiście poddany badaniu, co jest niezgodnie z § 9 ust. 2 ww. rozporządzenia o sposobach zastosowania przymusu bezpośredniego.
5. W kartach często pojawia się kod 3 („spokojny, śpi”) i powyższy stan utrzymuje się np. przez 24 godziny. Wskazuje to, iż pacjent przebywający w unieruchomieniu lub izolacji powinien zostać zwolniony. Zgodnie z brzmieniem § 9 ust. 1 wspomnianego rozporządzenia – przymus może trwać do czasu ustąpienia przyczyny uzasadniającej zastosowanie środka przymusu. Na podstawie powyższych analiz można przyjąć założenie, iż w I Oddziale dochodziło do licznych nadużyć w tym zakresie.
6. Podkreślenia wymaga, w dokumentacji brak podpisów kierownika oraz dat, co może budzić wątpliwości, czy ww. dokumenty są przez niego oceniane oraz jest niezgodne z art. 18 ust. 6 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535 ze zm.). Ocena zasadności stosowania przymusu nie podlega żadnej kontroli.
7. Wobec jednego pacjenta, w stosunku do którego okres zastosowania środków przymusu (pasy i izolacja) wynosił 1788 godzin, co daje ok. 2,5 miesiąca,

h.w. JM Bład

przy całkowitym okresie hospitalizacji wynoszącym ok. 4 miesięcy. W stosunku do tego pacjenta decyzje o początku i końcu zastosowaniu środka przymusu zapadały o tej samej godzinie, tj. ok. 11:30; można przypuszczać, że podczas odprawy personelu medycznego. Działanie powyższe uznać należy za świadome przyzwolenie lekarzy.

8. W przypadku dokumentacji losowo wybranego pacjenta podkreślić należy, iż przez cały okres hospitalizacji, tj. 26 dni, wobec tego pacjenta stosowano środek przymusu bezpośredniego, od dnia przyjęcia do dnia wypisu ze szpitala. Jednakże, do całkowitego czasu zastosowania przymusu wliczone są przerwy zwolnień z pasów bezpieczeństwa i/lub izolacji, zatem rzeczywisty czas trwania przymusu jest nieprawidłowo zliczony.
9. Niezrozumiałe w ocenie Biura jest stosowanie przymusu w stosunku do pacjenta, który zostaje zwolniony z izolacji na okres odwiedzin rodziny (kilka godzin), natomiast po jej zakończeniu ponownie trafia do izolatki. Nie podano przyczyn uzasadniających kontynuację zastosowania izolacji. Wskazywać to może na okoliczność, iż w sytuacji stosowania przymusu bezpośredniego, zmiana zachowania pacjenta nie jest brana pod uwagę.
10. Zastanawiający jest także fakt, iż pacjent pozostający w izolacji jednego dnia z powodu: „zachowań destrukcyjnych, samookaleczenia”, następnego dnia zostaje wypisany do domu.

Podsumowując przeprowadzona kontrola dokumentacji wskazuje na szereg uchybień formalnych, z których za najważniejsze należy uznać brak adnotacji o osobistym zbadaniu pacjenta poprzedzającym przedłużenie stosowania środka przymusu bezpośredniego oraz nazbyt ogólnikową definicję przyczyn, dla których zastosowano przymus bezpośredni.

5. Wnioski

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

1. Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością o którym mowa w art. 8 ustawy o prawach pacjenta.
2. Prawo pacjenta do intymności i godności o którym mowa w art. 20 ustawy o prawach pacjenta.

h.w. m. gm. Kład

3. Zasadności stosowania przymusu bezpośredniego wynikającego z art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.
4. Prawo pacjenta do kontaktu z rodziną, o którym mowa w art. 33 ustawy o prawach pacjenta ustawy w związku z art. 13 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.
5. Prowadzenie dokumentacji medycznej niezgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010 r. Nr 252, poz. 1697 ze zm.).

Na krytykę zasługuje także brak jakichkolwiek działań ze strony Dyrekcji Szpitala odnośnie braku zabezpieczenia miejsca, gdzie w lutym 2010 r. jeden z pacjentów, popełnił samobójstwo. Pacjent, o którym mowa powyżej, został przyjęty do Oddziału po nieudanej próbie samobójczej, natomiast tego samego dnia, w odstępie kilku godzin od przyjęcia na ww. Oddział, podczas odprawy personelu, kiedy nadzór nad pacjentami jest ograniczony, powiesił się w łazience. Warto w tym miejscu zauważyć, iż do dnia kontroli nie zostały poczynione żadne kroki organizacyjne, aby wykluczyć możliwość podobnego zdarzenia w tym samym miejscu. Z informacji uzyskanych od personelu Oddziału wynika, że sprawę śmierci pacjenta prowadzi Prokuratura Rejonowa w Bełchatowie. Podkreślenia wymaga także, iż Dyrekcja nie ustosunkowała się do prośb personelu o wprowadzenie zmian mających na celu zapobieganie podobnym zdarzeniom.

W zasygnalizowanym powyżej kontekście należy zaznaczyć, iż brak dostatecznych zabezpieczeń wpływa na tzw. odpowiedzialność za winę organizacyjną Szpitala. „Klinika psychiatryczna ma obowiązki szersze niż zwykły szpital. Pacjenci wymagają tu ściślejszego nadzoru, odpowiedniego zabezpieczenia budynku. Brak takich środków zwykle będzie poczytane klinice za jej winę, odmiennie niż w „normalnym” szpitalu. Nawet gdy u pacjenta nie widać tendencji samobójczych albo do samookaleczenia, nie należy zapomnieć, że jest to pacjent psychicznie chory i trzeba się liczyć z możliwością odmiennych reakcji niż u ludzi psychicznie zdrowych.” (M. Nesterowicz, Prawo Medyczne, Toruń 2005, s. 294 i 295).

6. Zalecenia

1. Podjęcie natychmiastowych i skutecznych działań zmierzających do poprawy bezpieczeństwa pacjentów, w szczególności polegających na:
 - a) podziale Oddziału na dwa Oddziały (kobiety i mężczyźni);

h.w., gm Bład

- b) zabezpieczeniu klatek schodowych, w sposób uniemożliwiający skakanie z nich pacjentom;
- c) wydzielenie zamkniętych odcinków obserwacyjnych, celem uniemożliwienia przebywania pacjentów niebezpiecznych poza dozorem personelu Oddziału.
2. Reorganizacja Oddziału mająca na celu zmniejszenie liczby wypadków w Oddziale, zarówno wynikających z doświadczanych przez pacjentów zaburzeń psychiatrycznych (pobicia innych pacjentów, pobicia personelu, zamachy samobójcze, 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.
 3. Stworzenie kwartalnego raportu wypadków w Oddziale, zawierającego informacje nt. zachowań pacjentów autoagresywnych, samobójczych, agresywnych fizycznie wobec personelu lub pacjentów, spowodowania zagrożenia dla bezpieczeństwa publicznego (np. wywoływanie pożaru) czy samowolnych oddaleń z Oddziału.
 4. Wymiana wszystkich okien w Oddziale oraz zabezpieczenie okien w izolatkach przed możliwością przemykania niebezpiecznych przedmiotów przez osoby z zewnątrz. Wymiana powinna uwzględnić wymianę szyb na bezpieczne, tj. nietłukące się.
 5. 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.
 6. Modernizacja łazienek oraz dostosowanie ich do potrzeb osób niepełnosprawnych.
 7. Uzupelnienie tynkowych ubytków w suficie oraz uzupełnienie brakujących płytek PCV w podłogach.
 8. Inne remonty polegające na odmalowaniu Oddziału, modernizacji instalacji elektrycznej oraz wymiana wszystkich materaców na ognioodporne.
 9. Modernizacji stołówki pacjentów, celem zapewnienia higienicznych i estetycznych warunków do spożywania posiłków przez pacjentów.
 10. Wprowadzenie wyraźnego systemu oznakowania wewnątrz Oddziału, poprzez umieszczenie tablicy informacyjnej w holu głównym Oddziału, uzupełnieniu brakujących tabliczek na drzwiach, zwłaszcza gabinetów psychologów i sal terapeutycznych.
 11. Poprawa warunków bytowych Pacjentów, m.in. polegająca na wymianie piżam pacjentów. W tej sprawie Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego

h.w. 7 m Glad

skierował pismo do Dyrekcji Szpitala w październiku 2010 r., zakupione zostało tylko obuwie. Wielu pacjentów tego Oddziału to ludzie przewlekle chorzy, pozbawieni dochodów, zaniedbani społecznie.

12. Zabezpieczenie terenu przylegającego bezpośrednio do Oddziału, celem umożliwienia pacjentom korzystania w terenów rekreacyjnych.
13. Przeprowadzenia szkolenia dla personelu medycznego z zasad zastosowania przymusu bezpośredniego, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego.
14. Przeprowadzenia szkolenia dla personelu medycznego z prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
15. Przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego z zasad przygotowywania leków zgodnie zaleceniami opracowanymi przez dr Annę Hajduk Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa Psychiatrycznego.

**Załącznik nr 1 do protokołu z przeprowadzonej kontroli w dniu 13 stycznia 2011 r.
w I Oddziale Psychiatrycznym Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Pawła II w Belchatowie.**

I.

Na podstawie zweryfikowanej dokumentacji medycznej Pacjenta nr 1, hospitalizowanego w okresie od 02.09.2009 r. do 29.01.2010 r. w Oddziale Psychiatrycznym I Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Pawła II w Belchatowie, stwierdza się co następuje:

1. Skierowanie wystawione na formularzu, niezgodnym z załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 listopada 1995 roku regulującego szczegółowy sposób działania szpitala psychiatrycznego w sprawie przyjmowania oraz wypisywania ze szpitala psychiatrycznego¹;

2. W kartach zastosowania unieruchomienia lub izolacji:

– jako powód zastosowania unieruchomienia, lub izolacji dokonywano wpisów: „*autoagresja*”, „*tendencje autoagresywne*”, „*tendencje suicydalne*”, „*tendencje autodestrukcyjne*”. Powyższe wpisy nie określają konkretnego uzasadnienia zastosowania przymusu. Są zbyt „ogólne”.

Tylko w jednej karcie z dnia 20.12.2009r. skonkretyzowano powód zastosowania unieruchomienia, tj. przytoczono przykład zachowania pacjenta „*próba skoku z klatki schodowej*”.

Ponadto w jednej z kart z dnia 30.10.2009 r. brakowało podpisu lekarza, który zlecił i przedłużył izolację.

W karcie z dnia 19.12.2009 r. odnotowano początek unieruchomienia o godz. 21.00 koniec unieruchomienia dnia 21.12.2009 r. o godzinie 21.00, czyli czas unieruchomienia wyniósł 48 godzin a nie 24. Ponadto w tej samej karcie skreślono dwukrotnie okresy przedłużenia.

A zatem można wnioskować, iż okresy przedłużania unieruchomienia były zaplanowane z góry, przed oceną stanu zdrowia pacjenta i faktycznym wskazaniem do dalszego stosowania przymusu. Karty mają z góry rozpisane okresy przedłużenia zastosowania przymusu, istnieje uzasadnione podejrzenie, iż są podsuwane lekarzowi do podpisu niczym *In blanco*. Fakt ten potwierdzają również wpisy w karcie obserwacji z dnia 20.12.2009 r., gdzie o godzinie 18.00 odnotowano kod 3 (spokojny/śpi) i o godz. 21.00. zwolniono pacjenta z pasów oraz tego samego dnia o godz. 18.00 założono kolejną kartę, gdzie jako powód zastosowania unieruchomienia podano „*próba skoku z klatki schodowej*”.

Podsumowanie nie odnosi się do faktycznego czasu zastosowanego przymusu, tj. godziny i min.
– jest zaokrąglane do godziny.

¹Dz. U. Nr 150, poz. 736.

3. W historii choroby wpisy lekarskie nie uściślają wskazań do zastosowania środka przymusu bezpośredniego. Brak opisu przyczyny i okoliczności, oraz czasu zastosowania przymusu. Najczęściej dokonywano adnotacji o rodzaju zastosowanego środka przymusu i fakcie, iż pacjent został uprzedzony o ww. zleceniu. Budzi również wątpliwości liczba dokonywanych wpisów w historii choroby, co do ilości zleceń o przymusie. Ponadto zauważa się, iż tylko w nielicznych adnotacjach jest uwzględniany opis stanu psychicznego pacjenta.

Przedłużane okresy unieruchomienia lub izolacji nie są poprzedzane osobistym badaniem pacjenta, co potwierdza brak jakichkolwiek informacji w dokumentacji medycznej.

4. Karty obserwacji:

- obserwacje prowadzone co 15 minut, nie są podpisywane przez pielęgniarki na bieżąco, tylko ujmowane w kłamrę obejmującą kilkugodzinny dyżur pielęgniarki. W wielu przypadkach kłamrami objęto czas, wskazujący na planowany okres przedłużenia karty. Fakt ten potwierdza karta z dnia 21.12.2019 r. - pacjent nie będący w unieruchomieniu jest ujęty w okres obserwacji.

Kod 3 (spokojny, śpi) wpisywany przez 24 godziny wskazuje, iż pacjent przebywa w unieruchomieniu lub izolacji bez wskazań do stosowania ww. środka. Zlecony środek stosuje się do czasu ustąpienia jego przyczyny, więc niezrozumiałe jest, że wobec spokojnego pacjenta stosowano przymus.

Ponadto nie zawsze stosowano wymagane, co 4 godziny krótkotrwałe uwolnienia pacjenta od unieruchomienia w celu zmiany jego pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych. Ww. fakt potwierdzają wpisy w wybranych kartach z dnia:

22.09.2009 r. (po 9 godz. unieruchomienia pasami 15 minutowe zwolnienie, po 12 godz. 15 minutowe zwolnienie); 23.09.2009 r. i 26.09.2009 r. (po 9 godz. 15 minutowe zwolnienie); 27.09.2009 r. (po 12 godz. 15 minutowe zwolnienie).

5. Zawiadomienie do kierownika o zastosowaniu przymusu bezpośredniego nie jest datowane i autoryzowane przez kierownika, co daje wątpliwość, czy w ogóle ww. dokumenty są przez niego oceniane.

Podsumowanie:

Czas hospitalizacji – 4 miesiące

Czas trwania przymusu (pasy bezpieczeństwa, izolacja) – 1788 godziny, czyli około 2,5 miesiąca.

Poniżej przedstawiono zestawienie, z którego wynika, iż najdłuższy czas stosowanego środka przymusu trwał 1656 godzin (t.j. 69 dni) oraz każdorazowe decyzje o początku i końcu zastosowania środka przymusu wobec pacjenta zapadały o tej samej godzinie 11.30, czyli podczas odprawy kadry medycznej.

zestawienie ciągłości stosowanego przymusu /l.k.

	godzina		godzina	
data	początek	data	koniec	czas

22.09.09	11.30	23.09.09	11.30	24
23.09.09	11.30	24.09.09	11.30	24
				48
przerwa 24 godziny				
25.09.09	11.30	26.09.09	11.30	24
26.09.09	11.30	27.09.09	11.30	24
27.09.09	11.30	28.09.09	11.30	24
28.09.09	11.30	30.09.09	11.45	48
30.09.09	11.30	2.10.09	11.30	48
2.10.09	11.30	4.10.09	11.30	48
4.10.09	11.30	6.10.09	11.30	48
6.10.09	11.30	8.10.09	11.30	48
8.10.09	11.30	10.10.09	11.30	48
10.10.09	11.30	12.10.09	11.30	48
12.10.09	11.30	14.10.09	11.30	48
14.10.09	11.30	16.10.09	11.30	48
16.10.09	11.30	18.10.09	11.30	48
18.10.09	11.30	20.10.09	11.30	48
20.10.09	11.30	22.10.09	11.30	48
22.10.09	11.30	24.10.09	11.30	48
24.10.09	11.30	26.10.09	11.30	48
26.10.09	11.30	28.10.09	11.30	48
28.10.09	11.30	30.10.09	11.30	48
30.10.09	11.30	1.11.09	11.30	48
1.11.09	11.30	3.11.09	11.30	48
3.11.09	11.30	5.11.09	11.30	48
5.11.09	11.30	7.11.09	11.30	48
7.11.09	11.30	9.11.09	11.30	48
9.11.09	11.30	11.11.09	11.30	48
11.11.09	11.30	13.11.09	11.30	48
13.11.09	11.30	15.11.09	11.30	48
15.11.09	11.30	17.11.09	11.30	48
17.11.09	11.30	19.11.09	11.30	48
19.11.09	11.30	21.11.09	11.30	48
21.11.09	11.30	23.11.09	11.30	48
23.11.09	11.30	25.11.09	11.30	48
25.11.09	11.30	27.11.09	11.30	48
27.11.09	11.30	29.11.09	11.30	48
29.11.09	11.30	1.12.09	11.30	48
1.12.09	11.30	3.12.09	11.30	48
				1656
przerwa				
19.12.09	21.00	20.12.09	21.00	24
20.12.09	18.00	21.12.09	18.00	24
21.12.09	18.00	22.12.09	10.30	12
				60
przerwa				
29.12.09	14.00	30.12.09	14.00	24
				RAZEM 1788

II.

Na podstawie zweryfikowanej dokumentacji medycznej Pacjenta nr 2, hospitalizowanego w okresie od 17.12.2009 r. do 25.03.2010 r. w Oddziale Psychiatrycznym I Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Pawła II w Belchatowie, stwierdza się co następuje:

1. Skierowanie wystawione na formularzu, niezgodnym z załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 listopada 1995 roku regulującego szczegółowy sposób działania szpitala psychiatrycznego w sprawie przyjmowania oraz wypisywania ze szpitala psychiatrycznego;

2. W kartach zastosowania unieruchomienia lub izolacji:

– jako powód zastosowania unieruchomienia, lub izolacji dokonywano najczęściej wpisów: „niszczycielstwo”, „zagrożenie dla zdrowia innych pacjentów”, „autoagresja”.

Powyższy wpisy są zbyt „ogólne”, nie określają konkretnego zachowania pacjenta, czyli powodu uzasadniającego zastosowania przymusu.

W trzech przypadkach zauważa się, iż założono kolejne karty unieruchomienia i izolacji wobec pacjenta z zastosowanym i trwającym już przymusem, czyli stosowano jednocześnie dwa środki przymusu. W poniższej tabeli powyższe przypadki zaznaczono kolorem czerwonym.

Podsumowanie nie odnosi się do faktycznego czasu zastosowanego przymusu, tj. godziny i min. – jest zaokrąglane do godziny.

3. Natomiast odnosząc się do wpisów w historii choroby z dni:

31.12.2009 r. „*pasy bezpieczeństwa z powodu niszczycielstwa*”, 2.01.2009 r. 4.01.2010, 6.01.2010 r. t.j. „*nadal wymaga stosowania izolacji z powodu niszczycielstwa*”, „*wymaga izolacji ze względu na zachowania niszczycielskie*”. Ww. podane wpisy nie zawsze są zgodne z adnotacjami umieszczonymi przez pielęgniarki w raportach. Pielęgniarki najczęściej opisują uciążliwe zachowania pacjenta wobec innych pacjentów, t.j. *szperanie po szafkach i głównie przywłaszczanie sobie cudzych rzeczy*. A zatem powyższe zachowania chorego trudno jest utożsamiać z „*niszczycielstwem*”. Mając na uwadze przesłanki ustawowe, należy wyraźnie zaznaczyć, iż uciążliwe zachowania nie są wskazaniem do stosowania wobec pacjenta izolacji czy unieruchomienia.

Niezrozumiałe są wpisy lekarzy z dnia 4.01.2010 r. i 6.01.2010 r., które informują, iż podjęto decyzję o przedłużeniu izolacji odnotowując „*nadal wymaga izolacji ze względu na zachowania niszczycielskie*” u pacjenta przebywającego od kilkudziesięciu godzin w izolatce (od 23.12.2009 r.). Również z tych samych dni w raportach pielęgniarskich nie podano żadnych informacji, któryby wskazywały, że występowałyby jakiegokolwiek zachowania niszczycielskie.

Powyżej podana rozbieżność, nasuwa wniosek, iż ww. adnotacje nie były poprzedzone wymaganym osobistym badaniem osoby, wobec której zlecano przedłużanie przymusu.

W większości przypadków wpisy lekarskie w historii choroby nie uściślają wskazań do zastosowania środka przymusu bezpośredniego. Brak opisu przyczyny i okoliczności, oraz czasu

zastosowania przymusu. Najczęściej dokonywano adnotacji o rodzaju zastosowanego środka przymusu i fakcie, iż pacjent został uprzedzony o ww. zleceniu. Choć powyższe przykłady wskazują, iż istnieje duże prawdopodobieństwo, że pacjent również nie był uprzedzony o ww. zleceniu, mimo dokonywanych wpisów w dokumentacji medycznej.

Przykład, jako nieliczny i prawidłowy to adnotacja w historii choroby z dnia 26.02.2010 r. „izolowana z powodu stwarzania ryzyka dla zdrowia innych pacjentek, wyłącza materace p/odzieżowe.” Ten konkretny powód powinien być wpisany również w karcie zastosowania unieruchomienia lub izolacji.

Zastanawiający jest fakt, iż pacjent pozostający w izolacji w dniu 23.03.2010 r. z powodu „zagrożenie dla życia i zdrowia” i w dniu 24.03.2010r. z powodu „zachowań destrukcyjnych, samookaleczenia”, następnego dnia tj. 25.03.2010 r. zostaje wypisany do domu.

4. Karty obserwacji

Sposób prowadzenia kart nie odbiega od opisanego w I przypadku dot. dokumentacji med. Pacjentki nr 1, czyli:

- obserwacje prowadzone co 15 minut, nie są podpisywane przez pielęgniarki na bieżąco, tylko ujmowane w klamrę obejmującą kilkugodzinny dyżur pielęgniarki. W wielu przypadkach – w klamry jest obejmowany planowany okres przedłużenia karty. Fakt ten potwierdza karta z dnia 22.12.2009 r., w której to klamrą objęto dyżur, autoryzowano, ale nie dokonywano wpisu kodów.
- Kod 3 (spokojny, śpi) wpisywany przez 24 godziny wskazuje, iż pacjent przebywa w unieruchomieniu lub izolacji bez wskazań do stosowania ww. środka.
- nie zawsze stosowano wymagane, co 4 godziny krótkotrwałe uwolnienia pacjenta od unieruchomienia w celu zmiany jego pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych (wybrane karty: z dnia 21.12.09 r. po 10 godz. 15 min. przerwa, z dnia 02.02.2010r. po 9 godz. 15 min. przerwa).

5. Zawiadomienie do kierownika o zastosowaniu przymusu bezpośredniego nie jest datowane i autoryzowane przez kierownika. A zatem ocena zasadności stosowania ww. przymusu nie podlega żadnej kontroli.

Podsumowanie:

Czas hospitalizacji – ponad 3 miesiące.

Czas trwania przymusu (pasy bezpieczeństwa, izolacja) – 1194,3 godziny, czyli około 49,7 dni.

Poniżej przedstawiono zestawienie, z którego wynika, iż dwukrotnie czas stosowanego środka przymusu trwał 432 godziny (t.j. 2 x 18 dni). Większość decyzji o początku i końcu zastosowania środka przymusu wobec pacjenta zapadały o tej samej godzinie 11.30, czyli podczas odprawy kadry medycznej lub o godz. 14.00 i 15.00 na koniec dyżuru lekarskiego.

zestawienie ciągłości stosowanego przymusu /J.Z.				
data	godzina	data	godzina	czas
	początek		koniec	
21.12.09	15.00	23.12.09	15.00	48
22.12.09	10.15	22.12.09	13.00	3
23.12.09	15.00	25.12.09	15.00	48
25.12.09	15.00	27.12.09	15.00	48
27.12.09	15.00	29.12.09	15.00	48
29.12.09	15.00	31.12.09	15.00	48
31.12.09	15.00	2.01.10	15.00	48
2.01.10	15.00	4.01.10	15.00	48
4.01.10	15.00	6.01.10	15.00	48
6.01.10	15.00	8.01.10	13.00	48
				432
przerwa				
1.02.10	19.00	2.02.10	19.00	24
1.02.10	14.00	3.02.10	14.00	48
2.02.10	19.00	3.02.10	11.00	16
3.02.10	11.00	5.02.10	14.00	48
5.02.10	14.00	7.02.10	14.00	48
6.02.10	12.30	7.02.10	19.00	24
7.02.10	14.00	9.02.10	14.00	48
9.02.10	14.00	11.02.10	14.00	48
11.02.10	14.00	13.02.10	14.00	48
13.02.10	14.00	15.02.10	14.00	48
15.02.10	14.00	17.02.10	14.00	48
17.02.10	14.00	19.02.10	14.00	48
				432
przerwa				
26.02.10	21.45	28.02.10	21.45	48
28.02.10	21.45	30.02.10	10.45	42
				90
przerwa				
8.03.10	11.30	10.03.10	11.30	48
10.03.10	11.30	12.03.10	11.30	48
12.03.10	11.30	14.03.10	11.30	48
14.03.10	11.30	16.03.10	11.30	48
16.03.10	11.30	16.03.10	19.00	4
				196
przerwa				
22.03.10	16.30	23.03.10	10.00	17,3
23.03.10	10.00	24.03.10	10.00	24
24.03.10	10.00	24.03.10	19.00	3
				44,3
				RAZEM 1194,3

III.

Na podstawie zweryfikowanej dokumentacji medycznej Pacjenta nr 3, hospitalizowanego w okresie od 08.08 do 03.11.2010r. w I Oddziale Psychiatrycznym Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Pawła II w Belchatowie, stwierdza się co następuje:

1. W nagłych przypadkach osoba z zaburzeniami psychicznymi może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez skierowania, po osobistym jej zbadaniu przez lekarza izby przyjęć. O przyjęciu decyduje lekarz po stwierdzeniu wskazań do przyjęcia. Następnie lekarz odnotowuje niezwłocznie w dokumentacji medycznej pacjenta wskazania uzasadniające to przyjęcie.

A zatem niezrozumiałe jest wydanie skierowania do szpitala psychiatrycznego pacjentowi, będącemu w Izbie Przyjęć w trakcie przyjmowania do tejże placówki.

2. W kartach zastosowania unieruchomienia lub izolacji:

– jako powód zastosowania unieruchomienia, lub izolacji dokonywano najczęściej wpisów: „zagrożenie dla zdrowia”, „zagrożenie dla zdrowia i życia”, „tendencje ucieczkowe”, „niszczycielstwo”. Powyższe wpisy nie określają konkretnego uzasadnienia zastosowania przymusu. Są zbyt „ogólne”. Przykład, jako nieliczny i prawidłowy to adnotacja w historii choroby z dnia 25.09.2010 r. „wybił szybę”. Ten konkretny powód powinien być wpisany również w karcie zastosowania unieruchomienia lub izolacji. Mając na uwadze, iż zlecony środek stosuje się do czasu ustąpienia jego przyczyny, więc niezrozumiałe jest, iż ww. powód zastosowanego środka przymusu jest uwzględniany w kolejnych dniach. Fakt ten potwierdzają wpisy w kartach unieruchomienia lub izolacji dni 27.09, 29.09, 01.10, 03.01.

Zwolnienia z izolacji na czas odwiedzin rodziny obejmują nawet kilkugodzinną przerwę. W związku z powyższym niezrozumiałe jest, że pacjent spokojny podczas wizyty rodzin, ponownie trafia do izolatki. Kontynuowanie zleconego środka potwierdza fakt, iż czas przedłużania izolacji jest z góry zaplanowany, co daje podstawę do wniosku, iż nie są uwzględniane zmiany zachowania pacjenta.

Ponadto ww. okres kilkugodzinnej przerwy został wliczony do całkowitego czasu zastosowanego środka przymusu. Powyższy fakt potwierdzają wybrane karty z dnia 14.09, 17.09., 19.09.2009 r.

3. W historii choroby:

Decyzje o dalszym zastosowaniu izolacji są konsekwencją zdarzenia z dnia 25.09, tj. wybicie szyby i próba ucieczki pacjenta. Przykłady dokonanych wpisów z dni 27.09, 29.09, 01.10, 03.01.2010 r. „nie widzi nic dziwnego w tym, że wybił szybę (...) to był w jego mniemaniu jedyny sposób żeby stąd się wydostać, ze względu na niszcycielstwo nadal izolowany”, „tendencje niszczyielskie, autoagresywne, wysokie ryzyko ucieczki, wymaga nadal izolacji” dają możliwość postawienia wniosku, iż przesłanką do ww. zleceń są działania prewencyjne i/lub punitywne wobec pacjenta, co należy wyraźnie podkreślić jest niezgodne z obowiązującym prawem.

Kolejnym przykładem jest adnotacja z dnia 13.09. „utrzymuje się gotowość do działań pod wpływem urojeń, w ocenie działań lekarza utrzymuje się ryzyko dla zdrowia i życia-zagrożenie ucieczki?”. Wpis

„tendencje ucieczkowe” – jest powielany przez kilka dni (od 12.09 do 24.09) i jest powodem do przedłużania zlecenia izolacji.

Z uwagi na treść raportów pielęgniarских, gdzie opisywane zachowania pacjenta jako „spokojny” nie są brane pod uwagę, tylko nadal jest kontynuowane zlecenie o przedłużeniu zleconego środka przymusu.

4. Karty obserwacji

Sposób prowadzenia kart nie odbiega od opisanego w I i II przypadku dot. dokumentacji med. pacjentki nr 1 i 2, czyli:

- obserwacje prowadzone co 15 minut, nie są podpisywane przez pielęgniarki na bieżąco, tylko ujmowane w kłamerę obejmującą kilkugodzinny dyżur pielęgniarki;
- Kod 3 (spokojny, śpi) wpisywany przez 24 godziny wskazuje, iż pacjent przebywa w unieruchomieniu lub izolacji bez wskazań do stosowania ww. środka;
- nie zawsze stosowano wymagane, co 4 godziny krótkotrwałe uwolnienia pacjenta od unieruchomienia w celu zmiany jego pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych.

5. Zawiadomienie do kierownika o zastosowaniu przymusu bezpośredniego nie jest datowane i autoryzowane przez kierownika. A zatem ocena zasadności stosowania ww. przymusu nie podlega żadnej kontroli.

Podsumowanie:

Czas hospitalizacji – około 3 miesiące.

Czas trwania przymusu (pasy bezpieczeństwa, izolacja) – 1018,3 godziny, czyli około 42,4 dni.

Poniżej przedstawiono zestawienie, z którego wynika, iż dwukrotnie czas stosowanego środka przymusu trwał 516,6 godzin (21,5 dni) i 479,15 godzin (19,9 dni). Wyraźnie należy podkreślić, że w ww. całkowity czas zastosowanego przymusu wliczone są przerwy zwolnień z izolacji.

A zatem w kartach zastosowania unieruchomienia i izolacji sposób podsumowania całkowitego czasu trwania przymusu jest nieprawidłowo zliczany.

zestawienie ciągłości stosowanego przymusu				
data	godzina	data	godzina	czas
	początek		koniec	
08.08.10	13.30	09.08.10	13.30	22,15
przerwa				
02.09.10	22.00	04.09.10	22.00	48
04.09.10	22.00	06.09.10	22.00	48
06.09.10	22.00	08.09.10	22.00	48
08.09.10	22.00	10.09.10	22.00	48

10.09.10	22.00	12.09.10	22.00	48
12.09.10	22.00	14.09.10	22.00	48
14.09.10	22.00	16.09.10	22.00	48
16.09.10	22.00	17.09.10	11.30	13,3
17.09.10	13.30	19.09.10	13.30	48
19.09.10	13.30	21.09.10	13.30	48
21.09.10	13.30	23.09.10	13.30	48
23.09.10	13.30	24.09.10	13.00	23,3
				516,6
przerwa				
25.09.10	12.30	27.09.10	12.30	48
27.09.10	12.30	29.09.10	12.30	48
29.09.10	12.30	1.10.10	12.30	48
1.10.10	12.30	3.10.10	12.30	48
3.10.10	12.30	5.10.10	12.30	48
5.10.10	12.30	7.10.10	12.30	48
7.10.10	12.30	9.10.10	12.30	48
9.10.10	12.30	11.10.10	12.30	48
11.10.10	12.30	13.10.10	12.30	48
13.10.10	12.30	15.10.10	11.45	47,15
				479,15

IV.

Na podstawie zweryfikowanej dokumentacji medycznej **Pacjenta nr 4**, hospitalizowanego w okresie od 15.10 do 10.11.2010r. w I Oddziale Psychiatrycznym Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Pawła II w Bełchatowie, stwierdza się co następuje:

1. Skierowanie wystawione do szpitala psychiatrycznego pacjentowi, będącemu w Izbie Przyjęć w trakcie przyjmowania do tejże placówki.

2. W kartach zastosowania unieruchomienia lub izolacji:

-- jako powód zastosowania unieruchomienia, lub izolacji dokonywano najczęściej wpisów: „*agresja, pobudzenie, niszczytelstwo*”.

Wpisy zarówno w kartach zastosowania unieruchomienia lub izolacji oraz w historii choroby nie zawsze uzasadniają przyczyny i okoliczności zlecenia przedłużenia zastosowania przymusu, co potwierdzają adnotacje z dnia 5,6,7.11.2010 r., np. „*nadal izolowany i zabezpieczony pasami z powodu wysokiego ryzyka agresji*”. Powyższa adnotacja świadczy, iż przesłanką do zastosowania dwóch środków przymusu jest cel prewencyjny.

4. Karty obserwacji prowadzone przez pielęgniarki nie są podpisywane na bieżąco, obserwacje prowadzone co 15 minut ujmowane są w klamrę obejmującą kilkugodzinny dyżur.

Kod 3 (spokojny, śpi) wpisywany przez kilka godzin wskazuje, iż pacjent przebywa w unieruchomieniu lub izolacji bez wskazań do stosowania ww. środka (wybrane karty z dnia 17,18,19,20.10.2010 r.).

Ponadto nie zawsze stosowano wymagane, co 4 godziny krótkotrwałe uwolnienia pacjenta od unieruchomienia w celu zmiany jego pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych.

Zwolnienia kilkugodzinne są wliczane w całkowity czas stosowania przymusu (wybrane karty z dnia 18.10 i 31.10.2010 r.). Powyższy fakt sugeruje, iż w podsumowaniu uwzględniany jest planowany czas, a nie czas faktycznie zastosowanego środka przymusu.

5. Zawiadomienie do kierownika o zastosowaniu przymusu bezpośredniego nie jest datowane i autoryzowane przez kierownika. A zatem ocena zasadności stosowania ww. przymusu nie podlega żadnej kontroli.

Podsumowanie

Czas hospitalizacji – 26 dni.

Czas trwania przymusu (pasy bezpieczeństwa, izolacja) – 619,3 godziny, czyli około 25,8 dni.

Poniżej przedstawiono zestawienie, z którego wynika, iż przez cały okres hospitalizacji wobec pacjenta stosowano środek przymusu bezpośredniego od dnia przyjęcia do dnia wypisu ze szpitala. Wyraźnie należy podkreślić, że w ww. całkowity czas zastosowanego przymusu wliczone są przerwy zwolnień z pasów bezpieczeństwa i/lub izolacji. A zatem w kartach zastosowania unieruchomienia i izolacji sposób podsumowania całkowitego czasu trwania przymusu nie jest prawidłowo zliczany.

zestawienie ciągłości stosowanego przymusu				
data	godzina	data	godzina	czas
	początek		koniec	
15.10.10	18.30	17.10.10	18.30	48
15.10.10	19.00	16.10.10	19.00	24
16.10.10	19.00	17.10.10	19.00	24
17.10.10	18.30	19.10.10	18.30	48
17.10.10	19.00	18.10.10	19.00	24
18.10.10	19.00	19.10.10	19.00	24
19.10.10	18.30	21.10.10	18.30	48
19.10.10	19.00	20.10.10	19.00	24
20.10.10	19.00	21.10.10	19.00	24
21.10.10	18.30	23.10.10	18.30	48
21.10.10	19.00	22.10.10	19.00	24
22.10.10	19.00	23.10.10	19.00	24
23.10.10	18.30	25.10.10	18.30	48
24.10.10	19.00	25.10.10	19.00	24
23.10.10	19.00	24.10.10	19.00	24
25.10.10	18.30	27.10.10	18.30	48
25.10.10	19.00	26.10.10	19.00	24
26.10.10	19.00	27.10.10	19.00	24
27.10.10	18.30	29.10.10	18.30	48
27.10.10	19.00	28.10.10	19.00	24
28.10.10	19.00	29.10.10	19.00	24
29.10.10	18.30	31.10.10	18.30	48
29.10.10	19.00	30.10.10	19.00	24
30.10.10	19.00	31.10.10	19.00	24
31.10.10	18.30	02.11.10	18.30	48

31.10.10	19.00	01.11.10	19.00	24
01.11.10	19.00	02.11.10	19.00	24
02.11.10	18.30	04.11.10	18.30	48
02.11.10	19.00	03.11.10	19.00	24
03.11.10	19.00	04.11.10	19.00	24
04.11.10	18.30	06.11.10	18.30	48
04.11.10	19.00	05.11.10	19.00	24
05.11.10	19.00	06.11.10	19.00	24
06.11.10	18.30	08.11.10	13.00	39
06.11.10	19.00	07.11.10	19.00	24
07.11.10	19.00	08.11.10	19.00	24
08.11.10	19.00	09.11.10	19.00	24
09.11.10	19.00	10.11.10	14.30	19,3
				619,3