

BIURO
RZECZNIKA PRAW PACJENTA
ZESPÓŁ DS. ZDROWIA PSYCHICZNEGO
ALEJA ZJEDNOCZENIA 25
01-829 WARSZAWA

RzPP-ZZP-093-27-6/BS/BW/11

Warszawa, dnia 21 grudnia 2011 r.

Protokół kontroli doraźnej

przeprowadzonej przez pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta w dniu 22 listopada 2011 r. w Wojewódzkim Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim (dalej: Centrum).

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*¹ (dalej: ustawa o prawach pacjenta), zgodnie z którym Rzecznik Praw Pacjenta prowadząc postępowanie wyjaśniające może zbadać, nawet bez uprzedzenia, każdą sprawę na miejscu.

W związku z powyższym, nie poinformowano Dyrekcji Centrum o zamiarze przeprowadzenia kontroli w ww. placówce. Niemniej jednak, przed przystąpieniem do czynności kontrolnych pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta przekazali Zawiadomienie o wszczęciu postępowania z inicjatywy Rzecznika Praw Pacjenta (z urzędu)², biorąc pod uwagę w szczególności uzyskane informacje co najmniej uprawdopodobniające naruszenie praw pacjenta.

W dniu 22 listopada 2011 r. czynności kontrolne zostały przeprowadzone przez:

1. Beatę Wróblewską – Koordynatora Sekcji Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w Zespole ds. Zdrowia Psychicznego;
2. Barbarę Szajnochę – Starszego specjalistę w Zespole ds. Zdrowia Psychicznego;
3. Katarzynę Skrętowską – Inspektora w Zespole ds. Zdrowia Psychicznego;
4. Stanisława Frydrychowicza – Specjalistę w Zespole ds. Zdrowia Psychicznego.

¹ Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 z późn. zm.

² Pismo Pani Krystyny Barbary Kozłowskiej, Rzecznika Praw Pacjenta z dnia 18.11.2011r. (znak: RzPP-ZZP-093-27-5/BW/11)

zeczNIK PRAW Pacjenta

Krystyna Barbara Kozłowska

Osoby przeprowadzające kontrolę w ww. placówce posiadały imienne upoważnienia do przeprowadzenia działań kontrolnych, udzielone przez Rzecznika Praw Pacjenta³.

Kontrola została przeprowadzona na podstawie napływających sygnałów dotyczących w szczególności domniemanego naruszenia art. 6 ust. 1, art. 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego*⁴.

W dniu 22 listopada 2011 r. Pani Joanna Chromiec, Dyrektor ww. placówki zapewniła kontrolującym, iż personel medyczny Zakładów Opiekuńczo - Lecznicych zostanie poinformowany o prowadzonej kontroli. Pracownicy Centrum w trakcie czynności kontrolnych w pełni współpracowali z osobami kontrolującymi.

2. Ustalenia dotyczące podmiotu leczniczego

Wojewódzkie Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim (dalej: Centrum) jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, wpisanym do rejestru zakładów opieki zdrowotnej: Nr KRS 0000104339, Regon: 000294987, NIP 881-13-37-915. Podmiotem tworzącym Centrum jest Samorząd Województwa Dolnośląskiego. Wskazane Centrum „zapewnia stacjonarną specjalistyczną całodobową opiekę dla dorosłych, tj. opiekę psychiatryczną i opiekę długoterminową dla osób z chorobami przewlekłymi.”⁵

3. Kontrola i czynności podjęte w czasie kontroli

Pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta, po okazaniu stosownych upoważnień do przeprowadzenia kontroli, podjęli w trybie natychmiastowym czynności kontrolne w Zakładach Opiekuńczo - Lecznicych Wojewódzkiego Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim.

Spośród siedmiu Zakładów Opiekuńczo – Lecznicych kontrolą objęto trzy Zakłady o nr 1,7,9. Wskazane Zakłady to obiekty o trzech kondygnacjach - parter, piętro oraz poddasze, na których mieszczą się m.in. pokoje łóżkowe dla pacjentów.

³ Nr upoważnień: RzPP-ZZP-093-27-1/BW/11,
RzPP-ZZP-093-27-2/BW/11,
RzPP-ZPR-093-27-3/BW/11,
RzPP-ZPR-093-27-4/BW/11.

⁴ Dz. U. z 1994 Nr 111, poz. 535 z późn. zm.

⁵ §1 Rozdziału I Postanowienia Ogólne Statutu Wojewódzkiego Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim, Załącznika do uchwały nr XVI/323/11 Sejmiku Województwa Dolnośląskiego z dnia 27.10.2011r.

Mając na względzie prawo pacjenta 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 zd 1 ustawy o prawach pacjenta) oraz przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej⁶ dokonano oględzin pomieszczeń Zakładu i ustalono co następuje:

Zbyt mały metraż pokoi uniemożliwiał dostęp do łóżek pacjentów z trzech stron, tym samym niespełniony został wymóg określony w § 17-19 przywołanego rozporządzenia. Zgodnie z przytoczonym przepisem „łóżka w pokojach pacjentów powinny być dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych”. Odstępy między sąsiednimi łózkami uniemożliwiały swobodne korzystanie ze sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego. Łóżka ustawione były w salach w sposób uniemożliwiający ich wyprowadzenie bez konieczności przesuwania sąsiednich, a niekiedy nawet mebli znajdujących się w salach. Pomieszczenia Zakładów będące w złym stanie sanitarno-technicznym, wymagają generalnego remontu. Stwierdzono:

- ściany z ubytkami tynku, w tym odpadającą farbą,
- stolarka okienna, drzwiowa z ubytkami,
- wyeksploatowana wykładzina podłogowa z poodklejanymi listwami przypodłogowymi lub ich brakiem,
- uszkodzone stopnie schodów,
- korozją pokryte systemy ogrzewania,
- ubytki i pęknięcia glazury w pomieszczeniach sanitarno-higienicznych.

Meble będące na wyposażeniu pokoi łóżkowych były zniszczone, z widocznymi szczelinami (krzesła, fotele, stoliki, łóżka, szafki przyłóżkowe z ubytkami farby i drewna). Nie wszyscy pacjenci posiadali dostęp do indywidualnej szafki przyłóżkowej.

Pomieszczenia higieniczno-sanitarne nie dostosowano dla osób niepełnosprawnych ruchowo, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich (wąskie drzwi uniemożliwiają wjazd wózkami). Tylko w niektórych WC były zamontowane uchwyty dla osób niepełnosprawnych. Ponadto, stwierdzono brak dozowników na mydło w płynie oraz pojemników z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemników na zużyte ręczniki (§ 12 ust. 1 pkt 7 ww. rozporządzenia).

⁶ Dz. U. z 2011r. Nr 31, poz. 158 z późn. zm.

Zakłady dysponują pomieszczeniami, takimi jak: dyżurka pielęgniarska, gabinet zabiegowy, pomieszczenia do badań (pokoje lekarskie), pomieszczenia gospodarcze, sala pobytu dziennego z jadalnią oraz pracownia terapii zajęciowej. W dniu kontroli stwierdzono, iż wszystkie pomieszczenia utrzymane były w należyтым stanie sanitarno – higienicznym i porządkowym. Kontrolowane Zakłady posiadały opracowane procedury/instrukcje higieniczne, które były przestrzegane przez personel. Z uwagi na ww. opisany stan techniczny pomieszczeń, mimo wysiłku personelu, trudno było oczekiwać efektu wymaganego reżimu sanitarnego.

W dniu kontroli w każdym z Zakładów stwierdzono, iż pacjenci (osoby starsze, w większości z dysfunkcją poruszania się) przebywające na I piętrze i kondygnacji poddasza (strychu) pozostawały bez opieki personelu. Trzy pielęgniarki (w tym pielęgniarka oddziałowa) sprawowały opiekę głównie nad chorymi leżącymi, pozostającymi na parterze Zakładu. W Zakładach nie ma windy, chorzy przemieszczają się po klatce schodowej – do jadalni, pokoju terapii, oraz innych pomieszczeń - bez asysty personelu, dlatego też często dochodzi - jak podaje personel - do zdarzeń niepożądanych, takich jak: upadki. W ocenie personelu, powyższe jest spowodowane ograniczoną liczbą osób zatrudnionych w Zakładzie.

W trakcie oględzin pomieszczeń Zakładów zweryfikowano również fakt wywiązania się Świadczeniodawcy z realizacji postanowień § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁷, tj. obowiązku wywieszania określonych informacji w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych. Stwierdzono, że Świadczeniodawca wyeksponował na tablicy ogłoszeń, m.in. informacje dotyczące:

- trybu składania skarg i wniosków;
- praw pacjenta;
- danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta.

Niemniej jednak, zwrócono uwagę, iż funkcjonujący tryb składania skarg i wniosków dotyczy wybranej grupy pacjentów, tj. mających wolne wyjścia na teren Centrum. W wyznaczone dni (środy, czwartki) pacjenci mogą osobiście spotkać się z Dyrektorem ww. placówki i Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa. Natomiast pisemną skargę/wniosek pacjent może złożyć w sekretariacie Centrum. Powyższe dotyczy pacjentów wychodzących na teren Centrum. Natomiast nie przewidziano stosownego trybu rozwiązania powyższego wymagania dla osób nie mogących opuszczać Zakładu.

⁷ Dz. U. Nr 81, poz. 484.

W wyniku prowadzonych przez kontrolujących rozmów z pacjentami, stwierdzono, iż:

Pacjenci mają zapewniony przez personel kontakt z osobami bliskimi, odwiedziny odbywają się codziennie w godzinach od 9:00 do 20:00. Aparat telefoniczny jest usytuowany w ogólnie dostępnym miejscu (korytarz) i nie ma żadnych ograniczeń w zakresie korzystania z połączeń telefonicznych. Tym samym, powyższe potwierdza, iż pacjenci mają zapewnione prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego (art. 33 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*).

Pacjenci nie wnosili uwag/skarg dotyczących nieetycznych zachowań personelu. Głośno wyrażali zadowolenie z pobytu w Zakładzie, podkreślając, że personel jest przyjaźnie i życzliwie do nich nastawiony (art. 8 zd. 2 ustawy o prawach pacjenta).

Natomiast zarzuty podnoszone przez pacjentów przede wszystkim odnosiły się do wielkości porcji posiłków oraz dotyczyły norm żywieniowych, w tym wartości odżywczej oraz kalorycznej posiłków. W dniu kontroli, w żadnym z kontrolowanych Zakładów nie udostępniono pacjentom ani kontrolującym jadłospisu. Tym samym nie było możliwe dokonanie ustaleń w zakresie, czy Centrum zapewnia pacjentom hospitalizowanym wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia oraz czy pacjenci otrzymują wyżywienie według jadłospisu, który ustalony został w oparciu o potrzeby i dzienne normy żywieniowe adekwatne do potrzeb pacjentów.

Ponadto, Pacjenci poinformowali kontrolujących iż, nie mają wypełnionego wolnego czasu, bierność i nuda doskwiera im szczególnie w godzinach popołudniowych oraz w dni świąteczne, wolne od pracy. Tylko dla nielicznej grupy pacjentów organizowane są przez terapeutę zajęcia grupowe, takie jak: wyjścia na spacer lub do sklepu po zakupy. Pacjenci nie mają dostępu do codziennej prasy oraz możliwości oglądania TV i słuchania radia, ze względu na ograniczoną liczbę ww. odbiorników w Zakładach. W związku z wywieszonym *Planem zajęć rehabilitacyjnych* na tablicy informacyjnej w korytarzu Zakładu nr 1, żaden z pytanych pacjentów nie umiał udzielić odpowiedzi w jakich zajęciach uczestniczy.

Mając na względzie prawo pacjenta do dokumentacji medycznej (art. 23 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta) zw. z prawem do informacji (art. 9 ust 1 cyt. ustawy) zespół kontrolujący zweryfikował trzy losowo wybrane historie choroby. W wyniku analizy historii chorób stwierdzono:

- W dniu kontroli, tj. 22 listopada 2011 r. stwierdzono, iż w *Karcie zabiegów rehabilitacyjnych* Pacjentki hospitalizowanej w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym nr I, rehabilitant dokonał autoryzacji niewykonanych zabiegów, rozpisanych do końca

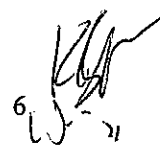
miesiąca, co stanowi naruszenie § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁸. (na ww. dokumencie z dnia 16.11.2011r. brak nr historii choroby).

- Wpisy w historii choroby dotyczące stanu zdrowia pacjenta oraz udzielanych świadczeniach zdrowotnych dokonywane były przez sekretarkę medyczną, czyli osobę nieuprawnioną do dokonywania ww. wpisów, co stanowi naruszenie § 10 ust. 3 cyt. rozporządzenia. Z uwagi na treść ww. wpisów, należy jednoznacznie stwierdzić, iż były one powielane z raportów pielęgniarskich. Sposób akceptacji lekarza internisty (tylko niektórych) wpisów dokonanych przez sekretarkę poprzez stawianie pieczętki i złożenie podpisu, nie potwierdzają wystarczającego dokumentowania stanu zdrowia pacjenta obserwacjami lekarskimi, tj. wymagania określonego w § 10 pkt 5 ww. rozporządzenia. (Nr historii choroby 30315).
- W *Indywidualnych Kartach Zleceń Lekarskich* dokonywany sposób zmiany dotychczasowych wpisów poprzez użycie korektora i zamazywania dawki leku - nie daje możliwości dokonania oceny, czy ww. zmiana wynika z błędnego wpisu, czy faktycznie dokonanej zmiany dotychczasowego leczenia (Nr historii choroby 31087). Powyższe stanowi naruszenie § 4 ust 3 ww. rozporządzenia.
- Dokumentacja dotycząca stosowanego przymusu bezpośredniego jest prowadzona niezgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego⁹.

W losowo wybranej *Karcie zastosowania unieruchomienia lub izolacji* w wyniku analizy przedmiotowego dokumentu stwierdzono, że nie zapewniono pacjentce krótkotrwałego uwolnienia po 4 godzinach. Istotnym jest też fakt, że pacjentka miała zlecony kaftan bezpieczeństwa i 4 pasy. Lekarz podejmujący decyzję zarówno o zastosowaniu jak i o przedłużeniu ww. środka przymusu bezpośredniego nie dokonał adnotacji w dokumentacji medycznej odnośnie przyczyny i okoliczności zastosowania oraz przedłużenia przymusu, oraz jego rodzaju i czasu trwania, co jest niezgodne z § 12 ust. 1 cyt. rozporządzenia. (brak nr historii choroby dot. Pacjentki hospitalizowanej w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy nr 7).

⁸ Dz. U. Nr 252, poz. 1697.

⁹ Dz. U. nr 103, poz. 514 z późn. zm.

6.11.21


4. Wnioski

W wyniku przeprowadzonych działań kontrolnych należy stwierdzić, iż w Wojewódzkim Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim, doszło do naruszenia następujących praw pacjenta:

- Prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej oraz udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. (...) (art. 6 i art. 8 zd. 1 ustawy o prawach pacjenta);
- Prawa do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych (art. 20 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta);

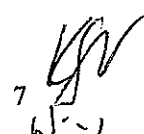
oraz doszło do naruszenia obowiązujących przepisów prawa, w zakresie:

- zapewnienia warunków bytowych (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia zakładu opieki zdrowotnej*);
- sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*);
- dokumentowania zastosowanego środka przymusu bezpośredniego wobec pacjenta (rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. *w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego*);

5. Zalecenia

1. Dostosowanie pomieszczeń do wymagań uregulowanych w rozporządzeniu *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*;
2. Podjęcie natychmiastowych i skutecznych działań zmierzających do poprawy bezpieczeństwa pacjentów (w tym przebywającym na górnych kondygnacjach Zakładów) poprzez zapewnienie odpowiedniej obsady personelu;
3. Zaangażowanie personelu w organizację planu dnia pacjentów;
4. Opracowanie i udostępnienie regulaminu rozpatrywania wniosków/skarg pacjentów;
5. Udostępnienie pacjentom jadłospisu;

7
W-1



6. Przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego z zakresu prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*;
7. Przeprowadzenie szkolenia dla personelu pielęgniarstwa w zakresie czynności związanych z podstawowymi zasadami przygotowywania i podawania leków oraz dokumentowania wykonanego zlecenia;
8. Przeszkolenie personelu w zakresie obowiązujących procedur higieniczno-sanitarnych, obowiązujących standardów z zakresu reżimu sanitarnego, bezpieczeństwa BHP i ppoż.;
9. Przeprowadzenie szkolenia personelu z zakresu przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i ustawy o ochronie zdrowia psychicznego ze szczególnym uwzględnieniem stosowania przymusu bezpośredniego (w tym sposobu jego dokumentowania);

Beata Witek
Katarzyna Sierżanowska

**Działania podjęte przez Rzecznika Praw Pacjenta
w związku z przeprowadzoną kontrolą**

1. Wystąpienie do Pani Joanny Chromiec, Dyrektora Wojewódzkiego Centrum Psychiatrii Długoterminowej; ul. Morawka 1, 57-550 Stronie Śląskie;
2. Wystąpienie do Pana Rafała Jurkowlaniec, Marszałka Województwa Dolnośląskiego; Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego; ul. Wybrzeże Juliusza Słowackiego 12/14, 50-411 Wrocław;
3. Wystąpienie do Pani Ewy Barteckiej-Piłasiewicz, Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Psychiatrii; Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego Sp. z o.o., ul. Wybrzeże J.C. Korzeniowskiego 18, 50-226 Wrocław;
4. Wystąpienie do Pani Genowefy Ulman, Dyrektora Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Joannitów 6, 50-525 Wrocław;
5. Wystąpienie do Pana dr n. med. Jacka Klakočar, Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego we Wrocławiu; ul. Marii Curie-Skłodowskiej 73/77, 50-396 Wrocław;
6. Wystąpienie do Pani Barbary Skuldeckiej, Dolnośląskiego Wojewódzkiego Inspektora Nadzoru Budowlanego; ul. J.E. Perkyniego 1, 50-155 Wrocław.