



RZECZPOSPOLITA POLSKA

Rzecznik Praw Pacjenta

Krystyna Barbara Kozłowska

RzPP-ZZP-093-29-5/GB/11/12

MINISTERSTWO ZDROWIA

Podsekretarz Stanu

Marek Haber

MZ-ZP-P-094-21925-9/MK/12

Protokół kontroli doraźnej

Kontrolę przeprowadzili upoważnieni pracownicy Ministerstwa Zdrowia oraz pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta w dniach 23-24 listopada 2011 r. w Dolnośląskim Centrum Zdrowia Psychicznego Sp. z o.o. we Wrocławiu, ul. Wybrzeże J. C. Korzeniowskiego 18, 50-226 Wrocław.

1. Podstawy prawne

Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło czynności kontrolne na podstawie art. 118 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*¹.

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 Pacjenta*² (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, Dyrekcja Dolnośląskiego Centrum Zdrowia Psychicznego we Wrocławiu nie została poinformowana o zamiarze przeprowadzenia kontroli w rzeczonyj placówce.

Czynności kontrolne zostały przeprowadzone przez upoważnione osoby, tj.:

1. Pana Wojciech Kłosińskiego – Zastępcę Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego, Ministerstwa Zdrowia;
2. Panią Magdaleną Kozłowską – Specjalistę Departamentu Zdrowia Publicznego, Ministerstwa Zdrowia;

¹ tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.

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

K.B.K.

3. Pana Marka Jaremę – Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii;
4. Pana Janusza Heitzmana – Przewodniczącego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego;
5. Pana Grzegorza Błazewicza – Kierownika Zespołu ds. Zdrowia Psychicznego w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta;
6. Panią Annę Panufnik – Intendenta w Zespole ds. Zdrowia Psychicznego w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta.

Kontrola została przeprowadzona w związku z niepokojącymi sygnałami napływającymi do Rzecznika Praw Pacjenta (potwierdzonymi również przez Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, pełniącego funkcję w rzeczonyj placówce) odnośnie domniemanego, niewłaściwie sprawowanego nadzoru i opieki nad pacjentami oraz wątpliwościami w przedmiocie realizacji obowiązku zapewnienia bezpieczeństwa osobom hospitalizowanym (*art. 8 ustawy o prawach pacjenta*).

2. Ustalenia dotyczące podmiotu leczniczego

Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego Sp. z o.o. we Wrocławiu została wpisana do rejestru zakładów opieki zdrowotnej w dniu 9 marca 2010 r., Nr KRS: 0000348483, Regon: 021184819, NIP: 8951965126.

3. Kontrola i czynności podjęte w trakcie kontroli

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 ustawy o prawach pacjenta*) oraz przepisy ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego*³, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*⁴, 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 zdrowotnej*⁵, rozporządzenia Ministra

³ Dz. U. z 2011 r., Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.

⁴ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.

⁵ Dz. U. Nr 31, poz. 158 z późn. zm.

[Signature]

Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁶ i innych przeprowadzono następujące czynności kontrolne.:

- oględziny pomieszczeń Oddziałów I-VII Dolnośląskiego Centrum Zdrowia Psychicznego we Wrocławiu;
- rozmowy z pacjentami oraz personelem medycznym;
- analiza losowo wytypowanej dokumentacji medycznej;

w wyniku których stwierdzono, co następuje:

W dniu kontroli w Oddziale VII (połączonym z Oddziałem I) dyżur pełniło dwóch lekarzy: Kierownik Izby Przyjęć, który był trakcie specjalizacji oraz rezydent (bez specjalizacji).

W trakcie wizytacji stwierdzono, iż jeden z pacjentów nie powrócił z przepustki w ustalonym terminie. Personel wskazał, iż w podobnych sytuacjach - w celu rozpoczęcia poszukiwań - w pierwszej kolejności kontakt nawiązywany jest z rodziną pacjenta.

W związku z powyższym, osoby przeprowadzające kontrolę dokonały na miejscu analizy raportów pielęgniarskich, w których stwierdzono brak wpisów o powrocie pacjentów z przepustki (w karcie informacja została zawarta).

Podczas dalszych czynności kontrolnych stwierdzono, że w Oddziałach sale chorych nie są ponumerowane, a łóżka pacjentów nie posiadają stosownego oznaczenia, co znacznie utrudnia precyzyjne i sprawne wskazanie/zidentyfikowanie konkretnego pacjenta z danej sali.

W wyniku przeprowadzonej analizy sześciu dokumentacji medycznych stwierdzono, iż część wpisów nie jest opatrzonych autoryzacją (brak pieczętki) co znacznie utrudnia identyfikację lekarza, który daną adnotację zamieścił. Zgodnie z § 4 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, 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 tj. jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, dokumentacja indywidualna zawiera oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie, w tym przede wszystkim:

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,
- c) uzyskane specjalizacje,

⁶ Dz. U. Nr 252, poz. 1697

- d) numer prawa wykonywania zawodu - w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej,
- e) podpis.

Jednocześnie, w kilku przypadkach odnotowano braki dotyczące obligatoryjnego zamieszczenia daty w części dotyczącej przebiegu choroby i zastosowanego leczenia (§ 10 ust. 1 pkt 4 ww. rozporządzenia).

Niepokojący jest też fakt adnotacji dokonanej w Karcie Obserwacji pacjenta: „*Rodzina będzie przynosić opatrunki*”, „*Przyszła rodzina, przyniosła opatrunek z azotanem srebra i skierowanie do poradni chirurgicznej*”. W trybie art. 35 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, świadczeniobiorcy przyjętemu do szpitala lub innego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy w stanach nagłych, zapewnia się bezpłatnie leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia.

Ponadto, w jednej z analizowanych dokumentacji stwierdzono, że w trakcie 40-dniowej hospitalizacji pacjenta odnotowano bardzo znikomą liczbę adnotacji zarówno w Karcie Badań Psychologicznych i Oddziaływań Terapeutycznych (trzy wpisy), jak również w Karcie Zajęć Terapeutycznych (dokonano dwóch wpisów).

W wyniku szczegółowej analizy procedury zastosowania przymusu bezpośredniego stwierdzono w wybranej dokumentacji:

1. brak wpisów lekarskich informujących o uprzedzeniu pacjenta o zastosowaniu przymusu bezpośredniego (art. 18 ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego);
2. brak informacji dotyczącej powodu zastosowania przymusu bezpośredniego (§ 12 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego⁷);
3. brak adnotacji dotyczących chwilowych zwolnień (§ 14 ust. 1 pkt 2, w zw. z § 13 ww. rozporządzenia).

Ponadto, podczas oględzin oddziałów stwierdzono, iż w salach obserwacyjnych występuje zbyt duże zagęszczenie chorych.

W zakresie stanu sanitarno-technicznego w części pomieszczeń stwierdzono:

⁷ Dz. U. z 1995 r., Nr 103, poz. 514

1. znaczne ubytki w stolarce okiennej (nieszczelność okien);
2. wystające i łatwo dostępne dla pacjentów kable elektryczne (świetlica);
3. ściany pokryte grzybem oraz z ubytkami tynków (w tym z odpadającą farbą): sala nr 1 w Oddziale II, Klub Pacjenta w Oddziale III, korytarze oraz miejsca przechowywania czystej bielizny pacjentów (gdzie odpadająca farba ma kontakt z odzieżą);
4. brak okna wewnętrznego (gabinet zabiegowy – Oddział II);
5. wystające i nie zabezpieczone przewody elektryczne (gabinet zabiegowy – Oddział II);
6. nienależyte zapewnienie intymności pacjentów korzystających z toalet (przezroczyste szyby);
7. ubytki płytek ceramicznych (Klub Pacjenta - Oddział V);
8. nienależycie zabezpieczona kratka w oknie (korytarz).

Personel medyczny podczas rozmowy z kontrolującymi zwrócił też uwagę na niewystarczającą ilość bielizny dla pacjentów (głównie spodni).

W wyniku przeprowadzonych przez kontrolujących rozmów z pacjentami stwierdzono, iż pacjenci nie posiadają dostatecznie wypełnionego czasu wolnego. Pacjenci zgłosili również, iż liczba zajęć terapeutycznych - w ich ocenie - jest niewystarczająca.

Na terenie Oddziału III zamieszczono informację, że pacjentów można odwiedzać codziennie w godzinach od 15 do 18. Natomiast, z informacji uzyskanych od ordynatora Oddziału wynika jednak, iż godziny odwiedzin nie są jasno określone i mogą odbywać się zgodnie z wolą osób odwiedzających. Tym samym, mając na uwadze pkt 2 regulaminu poszczególnych oddziałów: „*Pacjent ma prawo do korzystania z odwiedzin w ciągu całego dnia do godz. 20.00, w sposób nie zaburzający pracy oddziału*” - można stwierdzić, iż unormowania we wskazanym zakresie nie są jednoznaczne i mogą wprowadzać w błąd zarówno pacjentów, jak i osoby ich odwiedzające.

W kontekście realizacji art. 33 ust. 1 *ustawy o prawach pacjenta* należy podkreślić, iż aparat telefoniczny jest usytuowany w ogólnie dostępnym miejscu tj. na korytarzu i umożliwia pacjentom, przebywającym w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej swobodne korzystanie z prawa do kontaktu telefonicznego z innymi osobami.

U.Ł.5-

Ponadto, pracownicy Ministerstwa Zdrowia i Biura Rzecznika Praw Pacjenta w wyniku dokonanych oględzin placówki stwierdzili, iż na terenie niektórych oddziałów zamieszczone są informacje, iż pacjenci oraz ich rodziny są zobowiązani do dostarczenia środków higieny osobistej, typu: mydło, szampon, papier toaletowy. W tym miejscu należy wskazać, iż zgodnie z § 12 ust. 1 pkt 7 rozporządzenia *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*, pomieszczenie higieniczno-sanitarne jest pomieszczeniem wyposażonym co najmniej w miskę ustępową, umywalkę, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki.

Podczas rozmów z kontrolującymi, pacjenci nie wnosili uwag/skarg dotyczących nieetycznych zachowań personelu. Wyrażali zadowolenie z pobytu w Centrum, podkreślając, że personel jest przyjaźnie i życzliwie do nich nastawiony.

Jednocześnie stwierdzono, że Świadczeniodawca wyeksponował na terenie oddziału informację dotyczącą danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta. Ponadto, w dyżurce pielęgniarek istnieje możliwość zapoznania się z *ustawą o prawach pacjenta, ustawą o ochronie zdrowia psychicznego*, jak również *Kartą Praw Pacjenta*.

3. Wnioski

Na podstawie podjętych działań kontrolnych stwierdzono naruszenia następujących praw pacjenta:

1. Prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 20 ust. 1 *ustawy o prawach pacjenta*; art. 36 ust. 1 *ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty*⁸);
2. 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*).

Ponadto, doszło do naruszenia obowiązujących przepisów prawa, w zakresie:

1. zapewnienia odpowiednich warunków bytowych (rozporządzenie Ministra Zdrowia *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia zakładu opieki zdrowotnej*);

⁸ Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.



2. Sposobu stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjenta oraz sposobu dokumentowania ww. instytucji (art. 18 *ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*);
3. sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej (rozporządzenie Ministra Zdrowia w *sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*).

5. Zalecenia

1. Dostosowanie pomieszczeń do wymagań uregulowanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w *sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia zakładu opieki zdrowotnej*
2. Opracowanie i wdrożenie procedury postępowania w przypadku wystąpienia zdarzeń niepożądanych (np.: ucieczka pacjenta, brak powrotu pacjenta z przepustki);
3. Opracowanie i zamieszczenie informacji dotyczącej odwiedzin pacjentów;
4. Oznakowanie sal i łóżek pacjentów na oddziałach w sposób umożliwiający ich identyfikację z poszanowaniem przepisów *ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz *ustawy o ochronie danych osobowych*;
5. Zaangażowanie personelu medycznego w organizację i wypełnienie czasu wolnego dla pacjentów (zwiększona liczba zajęć terapeutycznych);
6. Zapewnienie środków higieny osobistej (mydło, ręczniki papierowe, etc.);
7. Przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego z zakresu sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w *sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*;
8. Przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego z zasad zastosowania przymusu bezpośredniego oraz sposobu jego dokumentowania;
9. Przeprowadzenie szkolenia dla personelu z zakresu przepisów *ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz *ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*;
10. Wyposażenie personelu w identyfikatory;
11. Zaleca się prowadzenie przez pielęgniarki/rzy dokumentacji pacjenta w formie notatki z całodziennej obserwacji;

L. 2025.

12. Raporty pielęgniarskie powinny być podpisywane codziennie przez pielęgniarkę oddziałową, a w trakcie kontroli oddziału również przez pielęgniarkę naczelną szpitala;

13. Zaleca się aby oddział realizujący świadczenia pielęgniarskie poprzez m.in. realizację zleceń lekarskich w tym podawanie leków drogą doustną przestrzegał następujących zasad:

- a. zlecenia lekarskie wpisuje lekarz do Indywidualnej Karty Zleceń,
- b. wyłącznie pielęgniarka przygotowująca leki podaje je pacjentowi, autoryzując każdorazowo podpisem w Indywidualnej Karcie Zleceń,
- c. osoba autoryzująca zlecenie jest odpowiedzialna za jego wykonanie,
- d. niedopuszczalne jest przepisywanie zleceń na tzw. karteczki umieszczone na tacy z lekami,
- e. na tzw. karteczkach umieszcza się wyłącznie imię i nazwisko pacjenta oraz nr sali na której przebywa,
- f. przygotowując leki pielęgniarka powinna dochować szczególnej staranności, trzykrotnie sprawdzając zgodność zleceń z podawanym lekiem, jego dawką, częstotliwością podania;

14. Zaleca się osobom odpowiedzialnym za pracę personelu medycznego codziennie zapoznawanie się z raportem pielęgniarskim i podpisywanie się pod nim;



Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKREJARZYSTANU
Aleksander Sopliński
Aleksander Sopliński