

**BIURO
RZECZNIKA PRAW PACJENTA
01-829 WARSZAWA
AL. ZJEDNOCZENIA 25**

RzPP-ZZP- 093-7-2/KJ/11

Warszawa, dnia 30 września 2011 r.

Protokół kontroli doraźnej

przeprowadzonej przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta w dniach 04-31 sierpnia 2011 r. w Centrum Psychiatrii w Katowicach.

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 którym Rzecznik Praw Pacjenta prowadząc postępowanie wyjaśniające może zbadać, nawet bez uprzedzenia, każdą sprawę na miejscu. Dyrekcja Centrum Psychiatrii w Katowicach nie została poinformowana o zamiarze przeprowadzenia kontroli.

Czynności kontrolne zostały przeprowadzone przez:

Karolinę Jurynec – specjalistę w Zespole ds. Zdrowia Psychicznego Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

Osoba przeprowadzająca kontrolę w ww. placówce posiadała imienne upoważnienie do przeprowadzenia działań kontrolnych, udzielone przez Rzecznika Praw Pacjenta.

Kontrola została przeprowadzona w związku z podejrzeniem naruszenia praw pacjenta, w szczególności w zakresie prawa Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego do wglądu w dokumentację medyczną za zgodą pacjenta, zgodnie z ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.) oraz realizacji zadań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006



r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (Dz. U. 2006r. Nr 16 poz. 126 z późn. zm.).

Ponadto, do Biura wpływały niepokojące sygnały zgłaszane przez Panią Karolinę Jurynec, Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego pełniącego swoją funkcję w Centrum Psychiatrii w Katowicach od dnia 6 października 2010 r., dotyczące:

- dokumentowania przymusu bezpośredniego 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),
- dostępu do świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustawą 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.),
- prawa wyboru szpitala przez świadczeniobiorcę zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.)

W związku z powyższym, Rzecznik Praw Pacjenta powziął decyzję przeprowadzenia kontroli doraźnej w przedmiocie kontroli przestrzegania praw pacjentów wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz przepisów szczególnych.

Okres objęty kontrolą: od dnia 1 stycznia 2010 r. do dnia 31 sierpnia 2011 r.

Pracownik Biura przeprowadził kontrolę ww. placówki w dniach 5, 12, 17, 19, 24, 26 i 29 sierpnia 2011 r.

W dniu 10 sierpnia 2011 r. Dyrekcja placówki odmówiła zgody na udostępnienie dokumentacji w celu przeprowadzenia kontroli w związku z wątpliwościami odnośnie uprawnień Pani Karoliny Jurynec. W wyniku interwencji Biura Rzecznika Praw Pacjenta, Dyrekcja Centrum Psychiatrii w Katowicach w kolejnych dniach kontroli nie ograniczała kontrolującemu wykonywania czynności kontrolnych.

2. Ustalenia dotyczące podmiotu leczniczego

Centrum Psychiatrii w Katowicach jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, którego organem założycielskim jest Samorząd Województwa Śląskiego.

Budynek Centrum Psychiatrii jest zlokalizowany przy ul. Korczaka 27 w Katowicach.

W strukturze Szpitala znajdują się:

- I Oddział Ogólnopsychiatryczny
- II Oddział Ogólnopsychiatryczny
- III Oddział Ogólnopsychiatryczny
- IV Oddział Zaburzeń Afektywnych i Nerwicowych
- Oddział Terapii Uzależnień

Struktura zatrudnienia w Oddziale I (ilość łóżek 40) przedstawia się następująco:

1. Lekarzy – 5
2. Pielęgniarek – 15
3. Psychologów – 2
4. Terapeutów zajęciowych – 1
5. Sanitariuszy – 1
6. Pracowników socjalnych – 1

Struktura zatrudnienia w Oddziale II (ilość łóżek 40) przedstawia się następująco:

1. Lekarzy – 7
2. Pielęgniarek – 13
3. Psychologów – 1
4. Terapeutów zajęciowych – 1
5. Pracowników socjalnych – 1

Struktura zatrudnienia w Oddziale III (ilość łóżek 50) przedstawia się następująco:

1. Lekarzy – 6
2. Pielęgniarek – 19
3. Terapeutów zajęciowych – 2
4. Pracowników socjalnych – 1

3. Kontrola i czynności podjęte w czasie kontroli

Pracownik Biura Rzecznika Praw Pacjenta po okazaniu stosownego upoważnienia do przeprowadzenia kontroli oraz legitymacji służbowej, podjął czynności kontrolne.

W czasie kontroli przeprowadzono rozmowę z Panem Tomaszem Brodą, Dyrektorem Szpitala, oraz z Panią dr Anną Gąsiorek-Pakosz, Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.

Ponadto, przeprowadzono kontrolę sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej z okresu 2010-2011:

- 16 losowo wybranych historii choroby w zakresie dokumentowania przymusu bezpośredniego;
- 9 losowo wybranych historii choroby pacjentów przyjętych bez zgody do szpitala psychiatrycznego;
- Rejestr przyjęć bez zgody;
- Księgi przyjęć chorych i odmów pod względem dostępu na świadczeń zdrowotnych.

4. Kontrola dokumentacji medycznej

Na miejscu dokonano kontroli zbiorczej dokumentacji medycznej – Księgi przyjęć chorych i odmów. Stwierdzono, iż dokumentacja jest prowadzona w sposób mało czytelny, czyli niezgodnie z § 4. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Nieczytelność Ksiąg wynikała m.in. ze znacznej ilości wpinanych zszywaczem dodatkowych dokumentów – głównie kopii kart konsultacyjnych, dokumentacji Pogotowia Ratunkowego, kuponów, wyników badań alkometem, etc. W wyniku weryfikacji ww. Księgi, stwierdzono brak kopii dokumentów, potwierdzających informacje o rozpoznaniu choroby, problemie zdrowotnym lub urazie, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach, które powinny być przekazywane pacjentom w przypadku odmowy przyjęcia do szpitala.

Karty konsultacji psychiatrycznych kopiowane (za pomocą faxu) są składane do niewielkich wymiarów i wpinane do Ksiąg. W trakcie kontroli stwierdzono brak jednej kopii karty konsultacji psychiatrycznej załączonej w opisywany sposób.

W dniu 05.08 br. w Księdze przyjęć chorych i odmów z okresu 14.06-26.07.2011 r. weryfikowano kopię karty konsultacyjnej w postaci wydruku z faxu, kilkakrotnie złożoną i wpiętą zszywaczem na poziomie wpisu do Księgi, z adnotacją o wskazaniu do hospitalizacji pacjenta zgodnie z rejonem. W dniu 12.08 br. stwierdzono, że kartę usunięto z Księgi, pozostały widoczne ślady po zszywaczu.

W Księgach przyjęć chorych i odmów stwierdzono liczne wpisy świadczące o odsyłaniu pacjentów wymagających hospitalizacji do innych placówek „zgodnie z rejonem”.

Przykładowe wpisy: „*wskazana hospitalizacja pacjenta zgodnie z rejonem*”, „*ze względu na miejsce zamieszkania obowiązek hospitalizacji spoczywa na szpitalu w Toszku*”, „*odesłana zgodnie z rejonem do szpitala w Lublińcu*”, „*odesłana na oddz. psychiatryczny szpitala w Bytomiu*”, „*Skierowany zgodnie z rejonem do Rybnika*”, „*skierowana zgodnie z rejonem do szpitala w Sosnowcu*”.

Z wyjaśnień udzielonych przez Dyrektora Centrum Psychiatrii Pana Tomasza Brodę (pełniącego swoją funkcję od 1 czerwca 2011 r.) wynika, iż obecnie Centrum Psychiatrii odchodzi od działań opartych o rejonizację, a personel medyczny (zwłaszcza lekarze pełniący dyżury w Izbie Przyjęć) został poinformowany o braku podstaw do odsyłania pacjentów do innych placówek „zgodnie z rejonem”. Wcześniejsze funkcjonowanie placówki na zasadzie rejonizacji oparte było o ustalenia z 2002 r. między dyrektorami i ordynatorami jednostek psychiatrycznych z terenu województwa śląskiego, przedstawicielei Śląskiej Kasy Chorych oraz ówczesnym Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie psychiatrii oraz potwierdzone w 2005 r. ze Śląskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

W Księgach przyjęć chorych i omów stwierdzono także liczne wpisy o odesłaniu pacjenta do innej placówki z powodu braku wolnych miejsc, jednak wątpliwość odnośnie faktycznego braku wolnych miejsc budziły często późniejsze przyjęcia innych pacjentów. Z wyjaśnień udzielonych przez Panią Annę Gąsiorek-Pakosz, Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa wynika, iż odmowy przyjęcia pacjentów wymagających hospitalizacji przy wolnych miejscach w placówce dotyczą głównie sytuacji ograniczonej „*psychopatologicznej wytrzymałości oddziałów*” oraz ze względów terapeutycznych.

Ponadto, w trakcie kontroli stwierdzono, iż są planowane terminy przyjęć pacjentów w sytuacji braku wolnych miejsc w szpitalu (przykładowe wpisy: „*w dniu dzisiejszym brak wolnych miejsc – ma dzwonić o termin przyjęcia na oddział II*”, „*ustalono przyjęcie 30.05*”, „*zaproponowano termin przyjęcia do oddziału II na 31.05*”, „*ustalono termin przyjęcia na 24.03 do oddziału III*”, „*ustalono termin przyjęcia*”).

W placówce nie funkcjonuje przejrzysta, obiektywna, oparta na kryteriach medycznych, procedura ustalająca kolejność dostępu do świadczeń w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia świadczeń (art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjentach i Rzeczniku Praw Pacjenta Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.).

Nie jest prowadzona Lista oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego (§ 28 rozporządzenia 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).

Skontrolowano także 16 losowo wybranych historii choroby pacjentów z oddziałów I, II i III z okresu 2010-2011 w zakresie dokumentowania przymusu bezpośredniego.

W wyniku przeprowadzonej analizy dokumentacji medycznej stwierdzono, iż w części kart zastosowania unieruchomienia:

1. dokonywano następujących wpisów: „*agresja*”, „*autoagresja*”, „*agresja słowna*”. Stwierdzono także określenie powodu zastosowania przymusu jako „*pobudzenie psychoruchowe*”. 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 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz. U. Nr 103, poz. 514);
2. zastosowanie przypinania pasami na noc do łóżka w celu zapobieżeniu upadkowi – nie traktowane jako przymus bezpośredni;
3. brak adnotacji o uprzedzeniu pacjenta przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego o możliwości jego zastosowania, co jest niezgodne z art.18 ust. 4 w/w ustawy o ochronie zdrowia psychicznego;
4. brak pieczętek i podpisów lekarzy decydujących o przedłużeniu przymusu bezpośredniego, zatem można mieć wątpliwości, czy przed decyzją o przedłużeniu unieruchomienia pacjent był osobiście badany przez lekarza, co jest niezgodnie z § 9 ust. 2 w/w. rozporządzenia o sposobach zastosowania przymusu bezpośredniego;
5. brak wpisów potwierdzających krótkotrwałe zwolnienia pacjenta od unieruchomienia nie rzadziej niż co 4 godziny, co jest niezgodne z § 14 ust. 2 w/w rozporządzenia w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego.
6. brak podpisów pielęgniarek prowadzących obserwację unieruchomionego pacjenta, co jest niezgodne z § 13 w/w rozporządzenia w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego.
7. kod 11 - chwilowe zwolnienie - traktowany jako zakończenie przymusu, brak podpisu i pieczętki lekarza zlecającego zakończenie przymusu bezpośredniego, co jest niezgodnie z § 9 ust. 1 wspomnianego rozporządzenia w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego. Praktyka taka jest niepokojąca i pozwala przypuszczać, iż jest stosowana jako możliwość ponownego unieruchomienia pacjenta bez uprzedniego osobistego zbadania pacjenta przez lekarza, zwłaszcza, iż w kilku kartach stwierdzono wpisy kodu „11” - „chwilowe zwolnienie” - trwające przez dłuższy czas, nawet kilka godzin a następnie ponowne zastosowaniem unieruchomienia bez podania przyczyn uzasadniających kontynuację przymusu;

8. brak oceny zasadności stosowania przymusu. W placówce nie dokonuje się zawiadomienia kierownika zakładu o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wg załącznika nr 2 do w/w rozporządzenia w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego.

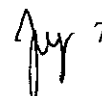
W oddziałach funkcjonują tzw. „Karty pasów” – w postaci zeszytów, gdzie wpisywane są okoliczności zlecanego przymusu oraz składany jest podpis z pieczętą przez kierownika zakładu lub lekarza upoważnionego przez kierownika zakładu. W oddziałach I i III oceny zasadności przymusu w ww. formie dokonuje Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, będący równocześnie ordynatorem oddziału III, natomiast w oddziale II – ordynator Oddziału II. W związku z powyższym, stwierdza się, iż osoba zlecająca przymus dokonuje jednocześnie oceny zasadności jego zastosowania.

9. brak dat, podpisów osoby oceniającej zasadność przymusu, co jest niezgodne z art. 18 ust. 6 w/w ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

W trakcie kontroli dokumentacji medycznej, zwrócono uwagę na wpis który świadczył o przeniesieniu pacjentki, która uderzyła ordynatora do „*innego szpitala, który posiada lepsze możliwości zabezpieczenia skrajnie agresywnych pacjentów chorych psychicznie*”. Szpital dysponuje dwoma jednoosobowymi salami obserwacyjnymi przy Izbie Przyjęć, ma dobre możliwości zabezpieczenia skrajnie agresywnych pacjentów.

Skontrolowano także 13 losowo wybranych dokumentacji pacjentów z oddziałów I, II i III z okresu 2010-2011 w zakresie przyjęć bez zgody. Na podstawie przeprowadzonej analizy dokumentacji medycznej stwierdzono, że:

1. w dwóch przypadkach brak postanowień Sądu o zasadności przyjęcia i leczenia bez zgody – dosłane w trakcie kontroli na wniosek szpitala (art. 27 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego o treści postanowienia w przedmiocie przyjęcia osoby bez zgody, sąd opiekuńczy zawiadamia niezwłocznie szpital, w którym ta osoba przebywa);
2. nie stosuje się praktyki zasięgania przez lekarza dyżurnego przy podejmowaniu decyzji o przyjęciu do szpitala pacjenta bez zgody w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa (art. 23 ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego);
3. brak adnotacji o zapoznaniu osoby przyjętej bez zgody o planowanym postępowaniu leczniczym;

 7

4. brak kopii opinii biegłego, wystawianej na potrzeby postępowania przed sądem opiekuńczym w przedmiocie przyjęcia bez zgody;
5. wyznaczano odległe terminy posiedzeń sądu w sprawie przyjęć bez zgody (np. 1,5 miesiąca, 3 miesiące, 4 miesiące), podkreślić należy, iż stwierdzono także posiedzenia w krótkim czasie od wysłania zawiadomienia przez szpital (np. 9, 10 dni).

5. Wnioski

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

1. Prawo pacjenta, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń, (art. 6 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta);
2. Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością (art. 8 ustawy o prawach pacjenta);
3. Prawo pacjenta do wyboru szpitala spośród szpitali, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 r. Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.);

oraz przepisów prawa odnośnie:

4. Zasadności i nadzoru nad stosowanym przymusem bezpośrednim wobec pacjenta (art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego) oraz nieprawidłowego sposobu dokumentowania ww. instytucji przymusu;
5. Prowadzenia 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 z późn. zm.).

6. Zalecenia

1. Zaniechanie działań ograniczających Rzecznikowi Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego wykonywania ustawowych zadań.
2. Zaniechanie praktyk polegających na odmawianiu przyjęcia pacjentów „spoza rejonu” i odsyłania ich do innych placówek, w sytuacji kiedy w Centrum Psychiatrii są wolne miejsca.
3. Zaniechanie praktyk polegających na odmawianiu przyjęcia z przyczyn innych niż brak wskazań do hospitalizacji lub brak miejsca w placówce.
4. Wprowadzenie w placówce Listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego opartej o przejrzystą, obiektywną, opartą na kryteriach medycznych, procedurę ustalającą kolejność dostępu do świadczeń w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia świadczeń.
5. Wprowadzenie kontroli oceny zasadności stosowania środków przymusu bezpośredniego zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego oraz rozporządzeniem w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego - z uwzględnieniem zawiadamiania kierownika zakładu o zastosowaniu przymusu bezpośredniego (wg załącznika nr 2 do ww. rozporządzenia).
6. Wprowadzenie procedury przekazywania pisemnych informacji o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach, w przypadku odmowy przyjęcia do szpitala, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
7. Przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego z zasad zastosowania przymusu bezpośredniego, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego.
8. Przeprowadzenia szkolenia dla personelu medycznego z prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
9. Wprowadzenie procedury zapoznawania przez lekarza wyznaczonego do tych czynności osób przyjętych bez zgody z planowanym postępowaniem leczniczym i odnotowywanie tego w dokumentacji medycznej.

July 9

10. Wprowadzenie praktyki zasięgnięcia przez lekarza dyżurnego przy podejmowaniu decyzji o przyjęciu do szpitala pacjenta bez zgody w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa.
11. Wprowadzenie praktyki włączania kopii opinii biegłego, wystawianej na potrzeby postępowania przed sądem opiekuńczym w przedmiocie przyjęcia bez zgody, do dokumentacji medycznej pacjentów.

Karolina Janyniec

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

1. Wystąpienie do Pana Zygmunta Łukaszczyka, Wojewody Śląskiego.
2. Wystąpienie do Pana dr n. med. Robert Pudło, Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Psychiatrii.
3. Wystąpienie do Pana Zygmunta Klosy, Dyrektora Śląskiego Wojewódzkiego Oddziału Narodowego Fundusz Zdrowia.
4. Wystąpienie do Pani Moniki Śliwińskiej, Prezesa Sądu Okręgowego w Katowicach.