

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

RzPP-ZZP-0932-11-3/BS/BW/12

Stronie Śląskie, dnia 27 czerwca 2012 r.

Protokół ze zbadania sprawy na miejscu

przeprowadzonej przez pracownika Biura Rzecznika Praw Pacjenta w dniach 25 kwietnia-11 maja 2012 r. w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym nr 7 Wojewódzkiego Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim (dalej: Centrum).

1. Podstawa prawna

Działania kontrolne przeprowadzono na podstawie art. 52 ust. 2 pkt 1 w zw. z art. 50 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*¹ (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 ww. placówki została poinformowana o zamiarze przeprowadzenia kontroli pismem z dnia 18 kwietnia 2012 r.²

Czynności kontrolne zostały przeprowadzone przez Barbarę Szajnocha – Starszego specjalistę w Zespole ds. Zdrowia Psychicznego. Osoba przeprowadzająca kontrolę w ww. placówce posiadała stosowne upoważnienie udzielone przez Rzecznika Praw Pacjenta.³

Do Biura wpłynęła informacja od Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, z której wynikało, iż istnieją poważne zastrzeżenia dotyczące opieki sprawowanej przez personel medyczny (w tym opiekuna prawnego – pielęgniarki zatrudnionej w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym nr 7) wobec pacjentki całkowicie ubezwłasnowolnionej - Pani M.W. hospitalizowanej w ww. Zakładzie. Powyższe wskazywało na domniemane naruszenie art. 6 ust. 1, art. 8 i art. 20 ust. 1 cyt. ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

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

² Pismo znak: RzPP-ZZP-0932-11-2/BW/12

³ Nr upoważnienia: RzPP-ZZP-0932-11-1/BW/12

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 przewlekłymi⁴.”

3. Czynności podjęte w trakcie badania sprawy na miejscu

Pracownik Biura Rzecznika Praw Pacjenta po okazaniu Dyrekcji upoważnienia przystąpił do czynności służbowych.

W wyniku przeprowadzonych czynności, tj.:

- rozmów z [REDAKTOWANO] i innymi współpacjentkami, personelem medycznym;
- oględzin pomieszczeń Zakładu;
- weryfikacji wpisów w dokumentacji medycznej,

stwierdzono następujące nieprawidłowości:

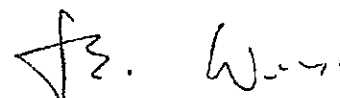
I. w zakresie sposobu sprawowania opieki nad Pacjentką:

[REDAKTOWANO] z dysfunkcją ruchową (niepełnosprawność prawej kończyny dolnej) w przebiegu rozpoznanej choroby psychicznej przejawiała nieprzewidywalne zachowania agresywne wobec innych osób. Ze względu na powyższe - w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom - [REDAKTOWANO] uniemożliwiano spożywanie posiłków w stołówce. Pacjentkę umieszczono w jednoosobowej sali. Biorąc pod uwagę stan fizyczny Pacjentki, w pomieszczeniu tym nie zapewniono Jej stosownych warunków do spożywania posiłków (brak krzeselka, stolika).

Ponadto, w obawie przed nieprzewidywalnymi zachowaniami chorej (rozlewaniem zupy) z „jadłospisu” wyłączono podawanie zup. W wyniku interwencyjnych działań Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w kolejnych dniach podawano chorej także zupę, którą zjadała pod nadzorem personelu.

W okresie objętym kontrolą (tj. w dniach 25-26.04.2012 r. oraz 09-11.05.2012 r. stwierdzono, że w Zakładzie okresowo jedna pielęgniarka sprawowała opiekę nad 47 pacjentkami usytuowanymi na trzech kondygnacjach budynku Zakładu. Z informacji

⁴ §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.



uzyskanych od pielęgniarki oddziałowej wynikało, że powyższe związane było z faktem, że do godziny 13:35 pracowały trzy pielęgniarki (w tym pielęgniarka oddziałowa), następnie od godziny 14.30 przejmowała dyżur pielęgniarka (tzw. zmianowa). Z uzyskanych wyjaśnień wynikało również, że na przedmiotowe wyraziła zgodę Dyrekcja ww. podmiotu leczniczego. Powyższe skutkowało tym, że pacjenci (osoby starsze, często z dysfunkcją ruchu) pozostawali bez wystarczającego nadzoru personelu, bowiem jedna pielęgniarka mogła zapewnić opiekę głównie nad chorymi leżącymi, pozostającymi na parterze Zakładu. Należy podnieść, iż w ww. Zakładzie nie ma windy, tym samym pacjenci przemieszczają się klatką schodową – do jadalni, pokoju terapii, świetlicy oraz innych pomieszczeń – bez asysty personelu.

II. w zakresie warunków bytowych:

- w jednoosobowej sali brak warunków do spożywania posiłków (brak krzesła, stolika);
- zły stan techniczny sali tj.: odpryski farby oraz ubytki tynku na ścianach, plamy zaciekowe na suficie; zniszczona wykładzina podłogowa, wystające z sufitu przewody elektryczne;
- zużyta pościel;
- w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym (łazienka i WC) usytuowanym obok ww. sali stwierdzono brak dozowników na mydło w płynie oraz pojemników z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemników na zużyte ręczniki. W trakcie dokonywanych oględzin ww. pomieszczenia stwierdzono ograniczoną możliwość poruszania się poprzez pozostawiony sprzęt do sprzątania (wiadro z mopem);
- w korytarzu przed wejściem do ww. sali umieszczono kosz (bez przykrycia) na brudną bieliznę.

III. w zakresie sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej:

W wyniku analizy historii choroby (Nr ks. głównej 30434/ ZOL 7) [REDACTED] stwierdzono:

- 1) *W Karcie uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych*, prowadzonej przez dyplomowanych terapeutów zajęciowych odnotowano, iż w miesiącu kwietniu i maju b.r. Pacjentka wychodziła na spacer. Powyższe nie zostało potwierdzone przez jednego z terapeutów, cyt. „Pacjentka nie chodzi na spacer, ... nigdy tego nie praktykowano”. Wobec stwierdzonych rozbieżności, terapeuta zobowiązał się do

rzetelnego prowadzenia wpisów w rzeczonym dokumencie. Zwrócono uwagę na fakt dotyczący odnotowywania w ww. dokumencie udziału Pacjentki w prowadzonych przez personel zajęciach grupowych dla pacjentów. Biernie obserwowane przez [REDAKTOWANO] [REDAKTOWANO] gimnastyki zakwalifikowano jako czynny udział Jej w ww. zajęciach, co potwierdza wpis z dnia 10.05.2012 r. w *Karcie uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych „udział pacjentki w zajęciach Kinezyterapii”*.

Z analizy ww. dokumentu jak i *Karty uczestnictwa w treningach umiejętności społecznych* (w analizowanym okresie) wynikało, że Pacjentka uczestniczyła m.in. w następujących zajęciach: arteterapii, muzykoterapii, biblioterapii, treningach samoobsługi, treningach w zakresie wyglądu zewnętrznego i higieny osobistej, zebraniach społeczności terapeutycznej. Warto, też dodać, że w ww. *Kartach* odnotowano m.in.: „*Pacjentka coraz częściej uczestniczy w zajęciach na terapii, najbardziej aktywna podczas arteterapii (rysuje), wykazuje zainteresowania podczas oglądania kina terapeutycznego*”.

- 2) W historii choroby [REDAKTOWANO] (w tym *Kartach zastosowania unieruchomienia lub izolacji*) w związku z siedmiokrotnym (tj. w dniach: 7 i 24.01.2012 r., 6,7,8,11,12.03.2012 r.) zastosowaniem wobec ww. osoby środka przymusu bezpośredniego stwierdzono brak wpisów dotyczących:
- uprzedzenia Pacjentki o możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego;
 - uzasadnienia zlecenia przedłużenia przymusu bezpośredniego (w dniach: 24.01.2012 r., 06.03.2012 r., 07.03.2012 r., 08.03.2012 r., 11.03.2012 r.),
 - rodzaju zastosowanego środka przymusu bezpośredniego (w dniach: 07.01.2012 r., 07.03.2012 r., 08.03.2012r., 12.03.2012r.),
 - czasu trwania ww. środka (w dniach: 24.01.2012r., 06.03.2012r., 07.03.2012 r., 08.03.2012 r., 11.03.2012 r., 12.03.2012 r.),
 - brak podpisów lub mało czytelne podpisy pielęgniarek dokonujących nie rzadziej niż co 15 minut oceny stanu fizycznego unieruchomionej Pacjentki (24.01.2012 r., 08.03.2012 r.) W wyniku analizy ww. *Kart* z dni 24.01.2012 r. oraz 07.03.2012 r. stwierdzono również, że podczas trwających 11 godzin i 45 minut oraz 7 godzin, nie odnotowano kodu 10 (oddał mocz/stolec).
- 3) W *Indywidualnych kartach zleceń lekarskich* widnieją podpisy osoby przyjmującej zlecenie, a nie wykonującej. Nie zawsze przy zlecanym leku uwzględniano jego

dawkę. Ponadto, w ww. *kartach* oraz *historii choroby* brakowało wpisów lekarzy potwierdzających zlecenie leczenia farmakologicznego w dniu 8/9.02.2012 r. oraz 02.05.2012 r. Powyższe potwierdziły adnotacje dokonane przez pielęgniarki w *Karcie obserwacji pielęgniarstkich* jak i *Raporcie pielęgniarstkim* w dniu 8/9.02.2012 r., tj.: „*Pacjentka w godzinach wieczornych zgłaszała zgagę (22:00). Po podaniu dor. tabl. Alusalu usnęła ...*”, „*podano pacjentce tabletkę Alusalu, w związku ze zgłaszanymi dolegliwościami gastrycznymi*”. Natomiast w dniu 02.05.2012 r. odnotowano, cyt: „*Pacjentka zgłaszała ból i drętwienie stóp posmarowano Naproxenem ...*”

- 4) Wpisy ww. *historii choroby* dotyczące stanu zdrowia Pacjentki oraz udzielanych świadczeniach zdrowotnych dokonywane były przez lekarzy w sposób nieczytelny lub mało czytelny. Należy jednoznacznie stwierdzić, iż część adnotacji powielano (przeredagowano) z *raportów pielęgniarstkich*, co nie potwierdzało wystarczającego dokumentowania stanu zdrowia Pacjentki obserwacjami lekarskimi. Z treści dwóch wpisów z datą 08.03.2012 r.⁵ dokonanych przez lekarzy: specjalistę chorób wewnętrznych oraz psychiatrę, o identycznych treściach wynikało, że wskazani lekarze zlecieli Pacjentce dwa leki tj. Relanium oraz Tisercin w ampułkach. Jednakże po analizie wpisów dokonanych w *indywidualnej karcie zleceń lekarskich* wynikało, że lekarzem zlecającym był tylko specjalista chorób wewnętrznych, bowiem nie odnaleziono wpisu dokonanego przez lekarza psychiatrę.
- 5) W wyniku analizy *Kart obserwacji pielęgniarstkich* stwierdzono, że wpisy w okresie od 1/2/01.2012 r. do 24.01.2012 r. były dokonywane/autoryzowane przez jedną pielęgniarkę. Z treści ww. wpisów wynikało, że były one przepisane z *Raportów Pielęgniarstkich*, gdzie pod wpisami (oprócz dni: 12.01.2012 r. i 15/16.01.2012 r.) widniały inne nazwiska pielęgniarek pełniących dyżury. Powyższe wskazuje na fakt, że pielęgniarka uzupełniła wpisy w dokumentacji indywidualnej pacjenta za okres, w którym nie była obecna w pracy.
- Ponadto, w ww. *Karcie* oraz w *Raporcie* z datą 24.01.2012 r. odnotowano: „... *zauważono u chorej otarcie naskórka, prawe udo i kolano lewe, zasinienie lewego uda...*” W związku z powyższym, jak wynika z analizy ww. dokumentacji medycznej (w tym *historii choroby*)⁶, nie podjęto wobec Pacjentki żadnych czynności tj. oceny stanu zdrowia dokonanej przez lekarza, lecz zastosowano wobec ww. przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, co trwało przez 11 godzin i 45 minut. Należy

⁵ Patrz: historia choroby -strona 200.

⁶ Patrz : *historia choroby* -strona 193; wpisy dokonane przez lekarzy z dnia 24.01.2012 r.

wskazać, że w tym dniu dyżur nocny (tj. od godziny 18:00) pełniła pielęgniarka, która jest opiekunem prawnym Pacjentki.

4. Wnioski

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

- 1) Prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust.1 *ustawy o prawach pacjenta* i Rzeczniku Praw Pacjenta);
- 2) prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorzady zawodów medycznych (art. 8 przywołanej ustawy);
- 3) prawa pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia (art. 9 ust. 1 w zw. z art. 24 ust. 1 ustawy);
- 4) prawa do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania pacjentowi świadczeń zdrowotnych (art. 20 ust. 1 ustawy)

oraz doszło do naruszenia obowiązujących przepisów prawa, w zakresie:

- zapewnienia odpowiednich 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*⁷);
- sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*⁸);
- sposobu dokumentowania zastosowanego środka przymusu bezpośredniego wobec pacjenta (ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego*⁹);

⁷ Dz. U. z 2011r. Nr 31, poz. 158 z późn. zm.

⁸ Dz. U. z 2010 r. Nr 252, poz. 1697 z późn. zm.

⁹ Dz. U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.

6
fz. W.-a

rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego¹⁰);

5. Zalecenia

- 1) Dostosowanie pomieszczeń Zakładu (w tym separatki) do wymagań uregulowanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.
- 2) Podjęcie działań zmierzających do poprawy bezpieczeństwa Pacjentom oraz opieki na optymalnym poziomie poprzez zapewnienie odpowiedniej obsady personelu.
- 3) Umożliwienie Pacjentce korzystania ze spacerów.
- 4) Wprowadzenie nadzoru i kontroli nad pracownikami zajmującymi się przygotowaniem i wydaniem posiłków dla Pacjentki.
- 5) Przeszkolenie personelu medycznego w zakresie sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów zgodnie z przepisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
- 6) Przeszkolenie personelu medycznego w zakresie przestrzegania procedur higieniczno-sanitarnych oraz obowiązujących standardów z zakresu reżimu sanitarnego.
- 7) Przeszkolenie personelu medycznego szkolenia z zakresu etyki zawodowej.
- 8) Przeprowadzenie szkolenia personelu z zakresu przepisów ustawy o prawach pacjentów i Rzeczniku Praw Pacjentów i ustawy o ochronie zdrowia psychicznego ze szczególnym uwzględnieniem stosowania przymusu bezpośredniego (w tym sposobu jego dokumentowania).

Grzegorz Błażewicz

KIEROWNIK ZESPOŁU
ds. Zdrowia Psychicznego

Grzegorz Błażewicz
Grzegorz Błażewicz

¹⁰ Dz. U. Nr 103, poz. 514 z późn. zm.

Działania podjęte przez Rzecznika Praw Pacjenta

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 Bardeckiej-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 dr n. med. Anny Błaszczak, Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Psychiatrycznego; Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Klinicznego, ul. Żołnierska 48, 71-210 Szczecin;
5. Wystąpienie do Pani dr n. med. Elżbiety Szwałkiewicz, Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekle Chorych i Niepełnosprawnych; Centrum Pielęgnacyjne „Niebieski Parasol”, ul. Boenigha 9, 10- 686 Olsztyn;
6. Wystąpienie do Pani Genowefy Ulman, Dyrektora Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Joannitów 6, 50-525 Wrocław.

