

P. B. Wroblewski p. Miłojak - Rak
→ do sprawy / 14 dni
12.11.2012 r.

Rzecznik Praw Pacjenta

9a



KOLEGIUM LEKARZY PSYCHOLOGÓW
ds. Zdrowia Psychicznego

SZPITAL KLINICZNY im. KAROLA JONSCHERA
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
60-572 Poznań, ul. Szpitalna 27/33

Telefony: centrala 61 849-12-00, dyrektor 847-29-60, fax 61 848-33-62
mail: szpital@skp.ump.edu.pl

RZECZNIK PRAW PACJENTA	
WPLYNEŁO	
2012 - 11 - 08	
(datownik)	
Znak	RzPP- 16 37/2012

Poznań, dnia 05.11.2012 r.

Barbara Jakubczak-Rak
ZASTĘPCA
RZECZNIKA PRAW PACJENTA

L.dz. Dsz 1277/12

BIURO RZECZNIKA PRAW PACJENTA	
Wpłynęło:	08 LIS. 2012
Znak:	RzPP 17 933

Zespół ds. Zdrowia Psychicznego
Biuro Rzecznika Praw Pacjenta

al. Zjednoczenia 25
01-829 Warszawa

ZESPÓŁ ds. ZDROWIA PSYCHICZNEGO	
WPLYNEŁO	
12 LIS. 2012	
(datownik)	
Znak	RzPP-ZZP-

W sprawie: Zastrzeżeń dotyczących ustaleń zawartych w protokole ze zbadania sprawy na miejscu RzPP-ZZP-0932-23-4/BW/12 i sposobu przekazania niniejszego protokołu

Zbadanie sprawy na miejscu w Szpitalu Klinicznym im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu przeprowadzono w dniu 13 września 2012 r. Protokół ze zbadania sprawy RzPP-ZZP-0932-23-4/BW/12, który sporządzono w dniu 19.10.2012 r. umieszczono na stronie internetowej Rzecznika Praw Pacjenta <http://www.bpp.gov.pl> przed dostarczeniem niniejszego protokołu dyrekcji szpitala, co naruszyło bez wątpienia zasady przestrzegania dobrych obyczajów, ale również najprawdopodobniej standardy przeprowadzania kontroli. Niniejszy protokół dyrekcja szpitala otrzymała w dniu 29.10.2012 r., z kolei jego wersja elektroniczna została opublikowana przed tym dniem, o czym dyrekcja szpitala nie została poinformowana przez organ kontrolujący (do dyrekcji szpitala zadzwoniła w dniu 26.10.2012 dziennikarka z stosowną informacją, prośbą o komentarz i ustosunkowanie się do protokołu). Zespół badający „sprawę na miejscu” nie poinformował również dyrekcji szpitala o możliwości zgłoszenia zastrzeżeń do niniejszego protokołu i praktycznie uniemożliwił wykonanie tej czynności w terminie, który znalazłby odzwierciedlenie w ostatecznej wersji tego protokołu, a jednocześnie umożliwiłby opublikowanie na stronie internetowej pełnej dokumentacji przeprowadzanej kontroli. Jest to podstawowy element standardu każdej kontroli. **Do ustaleń zawartych w niniejszym protokole dyrekcja szpitala zgłasza zatem następujące zastrzeżenia oraz składa dodatkowe wyjaśnienia (w trakcie kontroli nie skierowano formalnych zapytań do dyrekcji szpitala):**

1. W treści protokołu stwierdzono, że w *ograniczonym stopniu realizuje się dyspozycję art. 33 ust 1 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dotyczy odwiedzin pacjentów na odcinku wstępnym)*:

Każdy pacjent przebywający na odcinku wstępnym (zamkniętym) ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami bliskimi. Kontakt osobisty rodziny z pacjentem tam przebywającym jest możliwy, w sytuacji gdy pacjent wyjdzie z odcinka zamkniętego pod opieką rodziny na odcinek sanatoryjny. Po skończonych odwiedzinach rodzina zobowiązana jest do odprowadzenia pacjenta na odcinek wstępny. Pobyt członków rodziny na odcinku wstępnym jest możliwy jedynie w wyjątkowych przypadkach, za zgodą lekarza leczącego. **Ograniczenie przebywania członków rodziny na odcinku wstępnym (zamkniętym) spowodowane jest troską o bezpieczeństwo, gdyż znajdują się tam pacjenci z objawami psychiatrycznymi, u których odwiedziny obcych osób mogą spowodować pogorszenie stanu psychicznego z agresją włącznie.** Dotyczy to w szczególności bezpieczeństwa dzieci. Kontakt dzieci z chorymi ujawniającymi ostre objawy psychiatryczne może być wydarzeniem traumatycznym i wpłynąć negatywnie na ich rozwój emocjonalny.

2. W treści protokołu stwierdzono również, że *pacjenci mają ograniczone prawo do korzystania z łazienki, która zamykana jest na klucz*

Na odcinku wstępnym pacjenci mają nieograniczony dostęp do łazienki za wyjątkiem prysznicza. Wynika to ze względów bezpieczeństwa – **pacjent w trakcie pobytu pod prysznicem wymaga szczególnego nadzoru personelu (i jego świadomości o fakcie przebywania w danej chwili tam pacjenta) w związku z ryzykiem popełnienia próby samobójczej (powieszenia), poślizgnięcia na mokrej powierzchni, omdlenia.** Taki tragiczny wypadek miał miejsce w historii szpitala. W wielu sytuacjach personel nie robi żadnych problemów i na życzenie pacjenta istnieje możliwość skorzystania z kąpieli pod prysznicem poza wyznaczonymi godzinami, ale poproszenie o klucz uświadamia personelowi, iż pod prysznicem znajduje się pacjent, którego nieobecnością w innych częściach oddziału należy się interesować. Dotychczas nie spotkano się z zarzutami chorych, że prośba o możliwość korzystania- poza wyznaczonymi godzinami- z prysznicza jest dla nich sytuacją krępującą.

3. *Oдноśnie terapii zajęciowej*

W myśl § 4 ust 2 *Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 października 1995 r. w sprawie organizowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i nagradzania uczestników tych zajęć (Dz. U. Nr 127 poz. 614)* zajęcia rehabilitacyjne w pracowni powinny być prowadzone 5 razy w tygodniu, co najmniej przez 4 godziny dziennie. W Oddziale Psychiatrycznym B terapia zajęciowa prowadzona jest

od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 14:30 z przerwą na śniadanie i obiad. **Obowiązujące przepisy nie nakładają obowiązku prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych w godzinach popołudniowych oraz w dni świąteczne. Powstaje zatem pytanie na jakiej podstawie prawnej został sformułowany wniosek nr 4 protokołu kontroli.** Wydaje się on bowiem- w świetle obowiązujących przepisów-nieuprawnionym. Dodatkowo pacjenci oddziału zachęceni są do uczestnictwa w takich zajęciach jak: gimnastyka poranna (od poniedziałku do piątku od 7:00), zajęcia relaksacyjne (w poniedziałek/środa o godz. 10:00), kinezyterapia (wtorek/czwartek/piątek o godz. 10:00). Wszystkie wyżej wymienione informacje są zamieszczone na tablicy informacyjnej Oddziału B. W weekendy terapeutka zajęciowa nie pracuje, przy czym część pacjentów wychodzi na przepustki. **W trosce o bezpieczeństwo pacjentów**, pacjenci mogą tylko i wyłącznie przebywać w pracowni terapeutycznej w obecności terapeutki, ze względu na liczne, znajdujące się tam **niebezpieczne przedmioty (np. nożyczki, śrubokręty, młotek).**

4. Dotyczy monitoringu w pokojach lekarskich w Izbie Przyjęć

System monitoringu z kamerą w gabinetach lekarskich służących do badań, **jest jednym z podstawowych elementów** bezpieczeństwa pracy zatrudnionych tam pracowników. Wielokrotnie bowiem dochodziło tam do pobicia personelu, konieczności wzywania ochrony lub policji. W pewnym momencie personel odmówił dalszej pracy w izbie przyjęć i złożył wypowiedzenia. Kontrola PIP nakazała przedsięwzięcie dodatkowych form zabezpieczenia personelu. Należy z całą stanowczością podkreślić, że dostęp do nagrań z monitoringu mają **jedynie pracownicy medyczni szpitala** (personel pielęgniarski, lekarski, dyrektor szpitala będący lekarzem oraz dyrektor ds. medycznych). **Dostęp chroniony jest hasłem i możliwy do odczytania tylko w wyjątkowych sytuacjach.** W związku z przedstawionymi zarzutami zostanie ograniczony obraz z kamery, wyłączając kozetki (gdzie wykonuje się badanie stanu somatycznego i pacjent się przebiera), robiąc tam sferę intymną. Należy jednak mieć świadomość, że wiąże się to z ryzykiem pogorszenia stanu bezpieczeństwa, ale w świetle wydanego zalecenia stanie się to wyłączną odpowiedzialnością prawną zespołu kontrolującego.

5. Z treści protokołu wynika, że Księga przyjęć i odmów nie zawiera elementów o których mowa § 27 ust 1-3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

Uprzejmie informuję, że zbiorcza dokumentacja prowadzona w Izbie Przyjęć Kliniki Psychiatrii Szpitala zawiera elementy wymagane § 27 ust 1-3 w/w rozporządzenia. W Księżce Przyjęć Chorych i Odmów znajduje się: oznaczenie podmiotu, numer kolejny pacjenta w księdze, imię i nazwisko oraz PESEL oraz data zgłoszenia się pacjenta ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym. Z kolei w zeszycie Porad i Konsultacji, **który stanowi**

integralną część z Książką Przyjęć Chorych i Odmów znajdują się wszystkie informacje, które zawarte są w Książce Przyjęć Chorych i Odmów: oznaczenie podmiotu, numer kolejny pacjenta w księdze, imię i nazwisko, PESEL, data zgłoszenia się pacjenta ze wskazaniem roku, miejsca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym, dodatkowo adres zamieszkania pacjenta, oznaczenie lekarza kierującego – rozpoznanie ustalone przez lekarza kierującego albo adnotacja o braku skierowania, istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego oraz wyniki wykonanych badań diagnostycznych, rozpoznanie, informacje o udzielonych świadczeniach, odmowę ze wskazaniem powodu odmowy, adnotację o braku zgodny na pobyt w szpitalu, adnotację o miejscu do którego pacjent został skierowany, oznaczenie lekarza. **Protokół w tym zakresie jest enigmatyczny**, gdyż nie zawiera konkretnej informacji dotyczącej brakujących danych w tej dokumentacji tj. u jakich chorych stwierdzono braki oraz w konsekwencji w ilu przypadkach stwierdzono te braki i uchybienia.

6. Odnośnie zakazu noszenia odzieży prywatnej

Pacjenci na oddziale mają prawo do korzystania z odzieży prywatnej na odcinku sanatoryjnym. Natomiast na odcinku wstępnym z uwagi na bezpieczeństwo, a także ewentualne **ryzyko oddalenia się z oddziału**, strój dopuszczalny to piżama, porannik, ew. koszulka i spodnie od dresu. W dużym stopniu jest to uwarunkowane aktualnym stanem psychicznym pacjenta.

7. Odnośnie usunięcia z tablicy informacyjnej wszelkich ogłoszeń, komunikatów niedatowanych, niepodpisanych, sprzecznych z obowiązującymi przepisami prawa.

Dyrekcja szpitala zastosuje się do tego zalecenia. Jednocześnie oczekuje, że powyższe dotyczy również komunikatów zawierających wskazywane uchybienia, a wieszanych przez będącego członkiem zespołu kontrolującego delegowanego od lat na teren szpitala Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

8. Odnośnie zorganizowania szkolenia z zakresu ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Dyrekcja szpitala jest otwarta na zorganizowanie dla kadry zarządzającej oraz pozostałego personelu medycznego w/w szkolenia. Szkolenie to powinien przeprowadzić delegowany w wymiarze 2/5 etatu przez Rzecznika na teren Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego

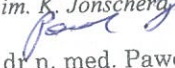
Dyrekcja szpitala uprzejmie zatem prosi zespół kontrolujący o uwzględnienie wniesionych uwag i złożonych wyjaśnień oraz o zajęcie ostatecznego stanowiska zwłaszcza w zakresie wydanych zaleceń 1, 2, 3, 4, 6 oraz wniosku 4 protokołu.

Należy podkreślić, że badanie sprawy na miejscu w Szpitalu przeprowadziła m.in. osoba oddelegowana przez Rzecznika do pracy w kontrolowanej jednostce. Niezrozumiałym jest zatem, dlaczego widząc pewne nieprawidłowości, nie zasygnalizowała tego dyrekcji szpitala wcześniej, sugerując wprowadzenie odpowiednich zmian na miejscu. Dyrekcja szpitala jest w pracy praktycznie codziennie i nie ma żadnych ograniczeń w możliwości bezpośredniego kontaktu. **Udział w/w osoby w zespole kontrolującym dyrekcja szpitala traktuje również jako naruszenie standardów kontroli.** Jednocześnie uprzejmie informuję, że dyrekcja szpitala odrębnym pismem skieruje prośbę do Rzecznika o zmianę w/w osoby. Pod znakiem zapytania stanęła bowiem jej dotychczasowa działalność tj. m.in. brak bieżącej współpracy z dyrekcją szpitala w zakresie wcześniejszego sygnalizowania dyrekcji szpitala potencjalnych uchybień stwierdzanych-potem również przez siebie (!)- w ramach kontroli przeprowadzanych przez Zespół ds. Zdrowia Psychicznego Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Podobnie dyrekcja szpitala zwróci się z prośbą do Rzecznika o ustanowienie dla podległych zespołów formalnych standardów kontroli powszechnie obowiązujących w wielu innych instytucjach kontrolnych. Powinny one polegać m.in. na:

1. Przekazaniu kontrolowanemu protokołu z informacją np. o 7 lub 14 dniowym terminie wniesienia ewentualnych uwag i zastrzeżeń.
2. Przekazaniu kontrolowanemu ostatecznej wersji protokołu po tym terminie tj. od dostarczenia protokołu w przypadku wniesienia przez niego uwag i zastrzeżeń. Powinien on zawierać pisemne odniesienie kontrolujących do wniesionych zastrzeżeń.
3. Przekazaniu kontrolowanemu dopiero po tych czynnościach zaleceń pokontrolnych.
4. Niepublikowaniu dokumentów kontroli przed dostarczeniem ich kontrolowanemu oraz przed formalnym zakończeniem postępowania kontrolnego.
5. Publikowaniu dokumentów kontroli w formie kompleksowej tj. z uwzględnieniem stanowiska kontrolowanego.
6. Odsunięciu od udziału w kontroli osób mających jakikolwiek związek z podmiotem kontrolowanym.

Dyrekcja szpitala wnosi jednoznacznie o opublikowanie niniejszego pisma na stronie internetowej Rzecznika Praw Pacjenta w miejscu udostępnienia do publicznej wiadomości protokołu kontroli Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera UM w Poznaniu.

Z wyrazami szacunku,

DYREKTOR
SZPITALA KLINICZNEGO
im. K. Jonschera UM w Poznaniu

dr n. med. Paweł Daszkiewicz

Do wiadomości:

1. JM Prof. dr hab. Jacek Wysocki, Rektor Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu ul. Fredry 10, 61-701 Poznań
2. Prof. dr hab. Janusz Rybakowski, Kierownik Kliniki Psychiatrii Dorosłych, Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Psychiatrii, Szpital Kliniczny im. K. Jonschera UM w Poznaniu, ul Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań
3. Prof. dr hab. Marek Jarema, Konsultant Krajowy w Dziedzinie Psychiatrii, Instytut Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa
4. Bartosz Arłukowicz, Minister Zdrowia, ul Miodowa 15, 00-952 Warszawa
5. Irena Lipowicz, Rzecznik Praw Obywatelskich Aleja Solidarności 77, 00-090 Warszawa