



RZECZPOSPOLITA POLSKA

Rzecznik Praw Pacjenta

Krystyna Barbara Kozłowska

RzPP-ZZP-0932-10-6/AP/2013/2014

Warszawa, dnia *17.01* 2014 r.

Protokół ze zbadania sprawy na miejscu

przez pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta w dniach 6-7 sierpnia 2013 r. w VII Oddziale Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu.

I. Podstawy prawne

Postępowanie wyjaśniające zostało wszczęte zgodnie z art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*¹. Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono na podstawie art. 52 ust. 2 pkt 1 tej ustawy, zgodnie z którym, Rzecznik Praw Pacjenta prowadząc postępowanie wyjaśniające może zbadać, nawet bez uprzedzenia, każdą sprawę na miejscu.

Decyzję o zbadaniu sprawy na miejscu Rzecznik Praw Pacjenta podjął w ramach postępowań wyjaśniających², które zostały wszczęte w związku z powzięciem informacji, co najmniej uprawdopodobniającej naruszenie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 8 *ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. Informacja dotyczyła w szczególności ograniczonej możliwości korzystania przez pacjentów VII

¹ Tj. Dz.U. z 2012 r., poz. 159, poz. 742

² (Pisma znak: RzPP-ZZP-420-66-2/AP/2013; RzPP-ZZP-420-68-2/AP/2013; RzPP-ZZP-420-69-2/AP/2013; RzPP-ZZP-420-70-2/AP/2-13; RzPP-ZZP-420-71-2/AP/2013; RzPP-ZZP-420-72-2/AP/2013; RzPP-ZZP-420-73-2/AP/2013; RzPP-ZZP-420-74-2/AP/2013; RzPP-ZZP-420-75-2/AP/2-2013; RzPP-ZZP-420-76-2/AP/2013; RzPP-ZZP-420-77-2/AP/2-13; RzPP-ZZP-420-78-2/AP/2013; RzPP-ZZP-420-79-2/AP/2013; RzPP-ZZP-420-80-2/AP/2013; RzPP-ZZP-420-81-2/AP/2013; RzPP-ZZP-420-82-2/AP/2013; RzPP-ZZP-420-83-2/AP/2013; RzPP-ZZP-420-84-2/AP/2013);

² Tj. Dz.U. z 2012 r., poz. 159 z późn. zm.

Oddziału Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu (dalej: Oddział) z terenu rekreacyjnego.

Dyrekcja Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Lubiążu (dalej: Szpital) została poinformowana o zamiarze przeprowadzenia czynności sprawdzających w dniu ich rozpoczęcia.

W dniach 6-7 sierpnia 2013 r. powyższe czynności zostały przeprowadzone przez:

- 1) Panią Jolantę Balcerzak – Starszego Specjalistę w Zespole ds. Zdrowia Psychicznego;
- 2) Panią Katarzynę Kondraciuk – Specjalistę w Zespole Prawnym;
- 3) Panią Annę Panufnik – Specjalistę w Zespole ds. Zdrowia Psychicznego;
- 4) Panią Aleksandrę Skoczylas – Specjalistę w Zespole ds. Zdrowia Psychicznego.

Wskazane osoby posiadały stosowne upoważnienia wydane przez Rzecznika Praw Pacjenta³.

II. Ustalenia dotyczące podmiotu leczniczego

Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Lubiążu jest podmiotem leczniczym, działającym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*⁴, w formie publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Numer księgi rejestrowej: 000000001266;

Podmiot tworzący: Samorząd Województwa Dolnośląskiego NIP: 988-01-33-033;

KRS: 000000001266;

REGON: 000294800.

Zgodnie ze Statutem Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Lubiążu – załącznikiem do uchwały Nr XXXIII/950/13 Sejmiku Województwa Dolnośląskiego z dnia 27 marca 2013 r. – w strukturze Szpitala wyodrębnia się trzy przedsiębiorstwa, tj.: Szpital Psychiatryczny, udzielający stacjonarnych i całodobowych świadczeń szpitalnych; Psychiatryczny Zakład Opiekuńczo-Leczniczy, udzielający stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych inne niż szpitalne; Ambulatorium i Diagnostyka, udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

³ Nr upoważnień: RzPP-ZZP-0932-10-2/AP/2013, RzPP-ZZP-0932-10-3/AP/2013, RzPP-ZZP-0932-10-4/AP/2013, RzPP-ZZP-0932-10-5/AP/2013

⁴ Tj. Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654

III. Zakres zbadania sprawy na miejscu

Zakres przeprowadzonych działań sprawdzających obejmował zweryfikowanie przestrzegania praw pacjenta, określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*⁵ oraz ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego*⁶, a także przepisów odrębnych.

IV. Czynności i ustalenia związane ze zbadaniem sprawy na miejscu

W dniu 6 sierpnia 2013 r. pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta, po okazaniu stosownych upoważnień, podjęli w trybie natychmiastowym czynności sprawdzające. W dniach 6-7 sierpnia 2013 r. podczas przeprowadzania zbadania sprawy na miejscu w Oddziale 45 łóżkowym przebywało 45 pacjentów.

Według informacji zawartych w okazanym pracownikom Biura Rzecznika Praw Pacjenta zestawieniu dotyczącym zatrudnionego w Oddziale personelu, struktura zatrudnienia na dzień 6 sierpnia 2013 r. przedstawiała się następująco:

- 1) 3 lekarzy (w tym ordynator – specjalista psychiatra, zastępca ordynatora – specjalista psychiatra, starszy asystent – specjalista psychiatra, neurolog);
- 2) 2 psychologów;
- 3) 1 pracownik socjalny (1/2 etatu);
- 4) 1 terapeuta zajęciowy;
- 5) 12 pielęgniarek (w tym pielęgniarka oddziałowa, jedna pielęgniarka w 1/2 etatu);
- 6) 1 sekretarka medyczna;
- 7) 10 sanitariuszek szpitalnych;
- 8) 1 sanitariusz szpitalny;
- 9) 4 sanitariuszy;
- 10) 1 salowa.

Osoby badające sprawę na miejscu zweryfikowały przestrzeganie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 8 *ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* poprzez: dokonanie wglądu w udostępnioną przez Dyрекcję Szpitala dokumentację medyczną pacjentów Oddziału; dokonanie oględzin pomieszczeń Oddziału związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych; przeprowadzenie rozmowy z pacjentami oraz personelem medycznym Oddziału.

⁵ Tj. Dz.U. z 2012 r., poz. 159, poz. 742

⁶ Tj. Dz.U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375

W wyniku przeprowadzonych czynności ustalono, co następuje:

Oddział VII Psychiatrii Sądowej jest oddziałem męskim, zlokalizowanym w odrębnym budynku na terenie Szpitala. Część Oddziału, w której przebywają pacjenci, mieści się na dwóch kondygnacjach. Jak wynikało z relacji personelu, stan zdrowia pacjenta nie jest czynnikiem decydującym o tym, w której części pacjent przebywa, niemniej pacjenci niepełnosprawni zwykle kierowani są do części Oddziału zlokalizowanej na parterze – ze względu na możliwości korzystania z obiektu (brak windy).

Analiza indywidualnej dokumentacji medycznej (historii chorób) pacjentów wykazała:

1) Pacjent – numer księgi głównej: 522/13:

W indywidualnej karcie zleceń lekarskich dokonano adnotacji o możliwości wyjść pacjenta poza Oddział: *„może wychodzić na zakupy.”* Karta obserwacji pielęgniarstwa zawierała m.in. wpis dotyczący decyzji podjętej przez lekarza odnośnie wyjść pacjenta poza Oddział: *„pacjent może wychodzić z Oddziału pod opieką p. terapeutki.* W indywidualnej karcie obserwacji i zajęć terapeutycznych odnotowano, że pacjent *„bierze udział w proponowanych formach terapii”.*

Strony ww. dokumentacji medycznej nie były ponumerowane, co jest niezgodne z § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁷ (dalej: rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania).

2) Pacjent – numer księgi głównej: 476/2012:

W indywidualnej karcie zleceń lekarskich, odnotowano decyzję lekarza odnośnie możliwości wyjścia pacjenta poza Oddział: *„wyjście na zewnątrz pod opieką personelu.”* Natomiast, w indywidualnej karcie obserwacji i zajęć terapeutycznych odnotowywano realizację zlecenia dotyczącego wyjść pacjenta poza Oddział oraz udziału w zajęciach terapeutycznych, np.: *„bierze udział w spacerach, wyjściach po zakupy, chętnie korzysta z proponowanych zajęć, dużo czyta, wypożycza książki z biblioteki.”*

Do dokumentacji dołączono opinię sąдово-psychiatryczną z dnia 19.09.2012 r. i kolejną datowaną na dzień 25.03.2013 r. Z powyższego wynika, że przekroczone termin

⁷ Tj. Dz. U. z 2010 r., Nr 252, poz. 1697 z późn. zm.

sporządzenia opinii sądowo-psychiatrycznej określony w art. 203 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny wykonawczy*⁸ (dalej: kkw).

3) Pacjent – numer księgi głównej 324/2013 r.:

Z indywidualnej karty zleceń lekarskich, wynika, iż pacjent korzystał z wyjść pod opieką personelu: „*wyjścia pod opieką personelu.*” W indywidualnej karcie obserwacji i zajęć terapeutycznych dokonano wpisu: „*pacjent sam zgłasza chęć uczestnictwa w proponowanych formach terapii, chętnie korzysta z proponowanych zajęć.*”

W dokumentacji medycznej pacjenta znajdowały się pojedyncze, nie wklejone strony historii choroby, które nie były ponumerowane, co jest niezgodne z § 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Z wyjaśnień personelu medycznego Oddziału wynikało, że dokumentacja medyczna jest porządkowana (numerowane strony) przed oddaniem jej do archiwum.

4) Pacjent – numer księgi głównej: 233/10, data przyjęcia do Szpitala 23.02.2010 r.

W indywidualnej karcie zleceń lekarskich odnotowano zlecenie: „*wyjścia pod opieką personelu.*” Indywidualna karta obserwacji i zajęć terapeutycznych zawierała m.in. wpis: „*bierze udział w spacerach, wyjściach na zakupy, ogląda tv.*”

Do dokumentacji dołączono opinię sądowo-psychiatryczną z dnia 25.09.2012 r. i kolejną datowaną na dzień 10.04.2013 r. Z powyższego wynika, że przekroczono termin sporządzenia opinii sądowo-psychiatrycznej określony w art. 203 § 1 kkw.

Zastępca Ordynatora Oddziału wskazał podczas zbadania sprawy na miejscu, że opóźnienie w wydaniu opinii sądowo-psychiatrycznej spowodowane zostało przez toczące się postępowanie odwoławcze. Pacjent badany był przez dodatkowych biegłych, w związku z tym Sąd Rejonowy w Wołowie wnioskował o wstrzymanie się z wydaniem opinii.

5) Pacjent - numer księgi głównej: 998/2010:

Z indywidualnej karty zleceń lekarskich wynika, że pacjent posiada prawo do wyjścia pod opieką personelu. Dokonane wpisy w Indywidualnej karcie obserwacji i zajęć terapeutycznych wskazują, iż pacjent systematycznie uczęszczał na spacery.

⁸ Tj. Dz.U. z 1997 Nr 90, poz. 557 z późn. zm.

Opinie sądowo-psychiatryczne sporządzano w dniach: 31 maja 2013 r., 20 grudnia 2012 r., 10 lipca 2012 r., 23 stycznia 2012 r., 19 sierpnia 2011 r. Zachowano termin sporządzenia opinii sądowo-psychiatrycznej, określony w art. 203 § 1 kkw.

W indywidualnej karcie obserwacji i zajęć terapeutycznych stwierdzono brak czytelnego podpisu osoby prowadzącej (m. in. str.: 3, 4, 5 ww. historii choroby), co wskazuje na niedopełnienie obowiązku wynikającego z § 4 pkt 2 rozporządzenia *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*, zgodnie z którym każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu. Ponadto, strony dokumentacji nie były ponumerowane, co jest niezgodne z § 5 ww. *rozporządzenia*.

6) Pacjent - numer księgi głównej: 198/11:

Z indywidualnej karty zleceń lekarskich wynika, że pacjent korzystał z wyjścia pod opieką personelu poza terenem Oddziału: „może wychodzić na zewnątrz pod opieką personelu.” Ponadto, w indywidualnej karcie obserwacji i zajęć terapeutycznych odnotowano, iż pacjent systematycznie uczęszczał na spacer.

Opinie sądowo psychiatryczne sporządzano w dniach: 2 sierpnia 2013 r., 26 lutego 2013 r., 14 września 2012 r. Z powyższego wynika, że zachowano termin sporządzenia opinii sądowo-psychiatrycznej, określony w art. 203 § 1 kkw.

Stwierdzono brak chronologii wpisów dokonywanych w ww. historii choroby. Powyższe, jest niezgodne z dyspozycją określoną w § 4 pkt 1 *rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*, zgodnie z którym wpis w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Strony dokumentacji nie były ponumerowane (§ 5 *rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*).

7) Pacjent - numer księgi głównej: 0952/12:

Z indywidualnej karty zleceń lekarskich wynika, że pacjent ma prawo wyjścia pod opieką personelu. W indywidualnej karcie obserwacji i zajęć terapeutycznych wskazano, iż pacjent uczęszczał systematycznie na spacer.

Opinie sądowo psychiatryczne sporządzano w dniach: 8 maja 2013 r., 26 listopada 2012 r., 18 czerwca 2012 r. Z powyższego wynika, iż zachowano termin sporządzenia opinii sądowo-psychiatrycznej określony w art. 203 § 1 kkw.

Stwierdzono brak chronologii wpisów dokonywanych w historii choroby oraz brak numeracji stron dokumentacji medycznej (§ 4 pkt 1 oraz § 5 *rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*).

8) Pacjent - numer księgi głównej: 29/2013:

Z indywidualnej karty zleceń lekarskich wynika, że pacjent miał możliwość wyjścia pod opieką personelu. W indywidualnej karcie obserwacji i zajęć terapeutycznych wskazano, iż pacjent systematycznie uczęszczał na spacer.

Opinie sądowo psychiatryczne sporządzano w dniach: 1 lipca 2013 r., 12 grudnia 2012 r. (opinia Komisji dotycząca miejsca realizacji środka zabezpieczającego orzeczonego przez sąd), 8 września 2012 r. oraz 25 września 2012 r. Z powyższego wynika, iż nie zachowano terminu sporządzenia opinii sądowo-psychiatrycznej określonego w art. 203 § 1 kkw.

Ponadto, w indywidualnej karcie obserwacji i zajęć terapeutycznych stwierdzono brak czytelnego podpisu osoby prowadzącej, zaś strony dokumentacji nie były ponumerowane (§ 4 pkt 2 oraz § 5 *rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*).

9) Pacjent - numer księgi głównej: 874/2012:

Z indywidualnej karty zleceń lekarskich wynika, że pacjent posiadał wyjścia pod opieką personelu. W indywidualnej karcie obserwacji i zajęć terapeutycznych wskazano, że pacjent systematycznie uczęszczał na spacer.

Opinie sądowo psychiatryczne sporządzano w dniach: 5 lipca 2013 r., 17 stycznia 2013 r., 13 czerwca 2012 r. (opinia Komisji dot. miejsca realizacji środka zabezpieczającego orzeczonego przez sąd), 3 lutego 2012 r., 26 stycznia 2012 r. Z powyższego wynika, że zachowano termin sporządzenia opinii sądowo-psychiatrycznej określony w art. 203 § 1 kkw.

Ponadto w indywidualnej karcie obserwacji i zajęć terapeutycznych stwierdzono brak czytelnego podpisu osoby prowadzącej, zaś strony dokumentacji nie były ponumerowane (§ 4 pkt 1 oraz § 5 *rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*).

10) Pacjent - numer księgi głównej: 693/2010:

Z indywidualnej karty zleceń lekarskich wynika, że pacjent posiadał możliwość wyjścia pod opieką personelu. Indywidualna karta obserwacji i zajęć terapeutycznych wskazuje, iż pacjent uczęszczał na spacer.

Opinie sądowo psychiatryczne sporządzano w dniach: 25 marca 2013 r., 24 października 2012 r., 21 maja 2012 r., 6 grudnia 2011 r. Z powyższego wynika, że zachowano termin sporządzenia opinii sądowo-psychiatrycznej określony w art. 203 § 1 kkw.

W indywidualnej karcie obserwacji i zajęć terapeutycznych stwierdzono brak czytelnego podpisu osoby prowadzącej, zaś strony dokumentacji medycznej nie były ponumerowane (§ 4 pkt 2 oraz § 5 *rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*).

11) Pacjent – numer księgi głównej: 151/2010:

W indywidualnej karcie obserwacji i zajęć terapeutycznych stwierdzono brak czytelnych podpisów, co uniemożliwia identyfikację osoby dokonującej wpisu oraz brak zachowanej chronologii dokonywanych adnotacji (§ 4 pkt 1 i pkt 2 *rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*).

Z załączonego do historii choroby upoważnienia, o którym mowa w § 8 pkt 1 i 2 ww. rozporządzenia, do uzyskania dokumentacji medycznej oraz informacji o stanie zdrowia pacjenta, wprost nie wynika kogo pacjent upoważnia do uzyskania ww. informacji. Zgodnie z art. 9 ust. 3 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji wymienionych w art. 9 ust. 2 ww. ustawy innym osobom. Ponadto, na podstawie art. 23 w zw. z art. 24 ust. 1 oraz art. 26 ust. 1 pacjent może upoważnić osobę bliską do uzyskiwania dostępu do jego dokumentacji medycznej.

Stwierdzono brak numeracji stron w dokumentacji medycznej (§ 5 *rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*).

12) Pacjent – numer księgi głównej: 79/2012:

W indywidualnej karcie obserwacji i zajęć terapeutycznych stwierdzono brak czytelnych podpisów, co uniemożliwia identyfikację osoby dokonującej wpisu (§ 4 pkt 2 *rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*).

13) Pacjent – numer księgi głównej: 205/12:

W indywidualnej karcie obserwacji i zajęć terapeutycznych stwierdzono brak czytelnego podpisu, co uniemożliwia identyfikację osoby dokonującej wpisu (§ 4 pkt 2 *rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*). Ponadto, w analizowanej historii choroby brak było numeracji stron,

a chronologia dokonywanych wpisów w dokumentacji nie była zachowana (§ 4 pkt 1 i § 5 ww. rozporządzenia).

14) Pacjent – numer księgi głównej: 1263/2012:

Na podstawie analizowanej historii choroby stwierdzono brak numeracji stron, a chronologia dokonywanych wpisów w dokumentacji nie była zachowana (§ 4 pkt 1 i § 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania).

Opinia sądowo-psychiatryczna z dnia 4 kwietnia 2013 r. została wystawiona po upływie terminu określonego w art. 203 § 1 kkw. W indywidualnej karcie obserwacji i zajęć terapeutycznych stwierdzono brak czytelnego podpisu, co uniemożliwia identyfikację osoby dokonującej ww. wpisu (§ 4 pkt 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania).

W karcie zleceń lekarskich, w której odnotowywano również zgodę na wyjście pod opieką personelu czy np. zlecenie przeniesienia pacjenta na salę obserwacyjną, znajdowały się braki odnośnie potwierdzenia realizacji zleceń, jak również stwierdzono brak czytelnych podpisów w pkt. 1, 3, 5 ww. karty (§ 4 pkt 2 ww. rozporządzenia).

15) Pacjent – numer księgi głównej: 127/2010:

W indywidualnej karcie obserwacji i zajęć terapeutycznych stwierdzono brak czytelnego podpisu, co uniemożliwia identyfikację osoby dokonującej wpisu (§ 4 pkt 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania), zaś strony dokumentacji medycznej nie były ponumerowane (§ 5 ww. rozporządzenia).

16) Pacjent – numer księgi głównej: 592/13:

Z adnotacji zawartych w historii pielęgnowania wynika, że pacjent systematycznie uczęszczał na spacer: „(...) korzystał z wyjścia przed Oddział (...)”, „(...) wyjście po zakupy pod opieką personelu (...)”, „w dniu dzisiejszym otrzymał zgodę na wyjście na taras oraz wyjście w środy do Klubu”, „(...) w dniu dzisiejszym pacjent otrzymał wyjście pod opieką personelu wszystkie (oprócz wysiłku fizycznego)”.

Ponadto, stwierdzono, że strony dokumentacji medycznej nie były ponumerowane (§ 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania).



17) Pacjent – numer księgi głównej: 0932/2012:

Trudność analizy historii choroby, ze względu na brak zachowanej chronologii dokonywanych wpisów (ułożenie stron) w ww. dokumentacji. Adnotacje dokonywane przez psychologa zawierane są na odrębnych kartach, co utrudnia analizę dokonywanych wpisów (§ 4 pkt 1 *rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*).

Stwierdzono, że strony dokumentacji medycznej nie były ponumerowane (§ 5 *rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*).

Z oświadczenia do uzyskania dokumentacji medycznej oraz informacji o stanie zdrowia, załączonym do historii choroby nie wynika bezpośrednio, jaki zakres obejmuje ww. upoważnienie. W oświadczeniu zakreślono informację, iż pacjent upoważnia wskazaną przez siebie osobę zarówno do całości dokumentacji medycznej dotyczącej jego osoby, jak również do określonego rodzaju ww. dokumentacji medycznej (art. 9 ust. 3 oraz art. 26 ust. 1 *ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*).

W karcie obserwacji pielęgniarzkiej pacjenta stwierdzono brak podpisu pielęgniarki – widnieje jedynie pieczętka (§ 4 ust. 2 *rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*).

Opinie sądowo-psychiatryczne sporządzono w dniach 23 października 2012 r. oraz 15 maja 2013 r. Tym samym, obowiązek wynikający z art. 202 kkw nie został spełniony.

18) Pacjent – numer księgi głównej: 132/13:

W dokumentacji medycznej stwierdzono brak chronologii dokonywanych wpisów, jak również brak numeracji stron (§ 4 ust. 1 i § 5 *rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*).

Wobec pacjenta kilkakrotnie stosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia. W toku czynności sprawdzających dokonano weryfikacji dokumentowania przymusu bezpośredniego zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. *w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania*⁹, w wyniku której stwierdzono:

⁹ Tj. Dz.U. z 2012 r., poz. 740

- a) przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia zastosowany w dniu 14 lipca 2013 r.:

Przymus bezpośredni trwał od 14 lipca 2013 r. (godz. 11:00) do dnia 15 lipca 2013 r. (godz. 10:15); czas trwania przymusu wynosił 23 godz. 15 min. W historii choroby zamieszczono informację o uprzedzeniu pacjenta przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego, że środek ma zostać wobec niego podjęty, co jest zgodne z § 13 ust. 1 pkt 4 ww. rozporządzenia. Z karty zastosowania unieruchomienia lub izolacji wynika, że lekarz po osobistym zbadaniu pacjenta przedłużył stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia na dwa okresy nie dłuższe niż 6-godzinne. Następnie po dwukrotnym przedłużeniu przez lekarza stosowania ww. przymusu bezpośredniego po osobistym zbadaniu pacjenta i uzyskaniu opinii drugiego lekarza będącego lekarzem psychiatrą przedłużono stosowanie ww. przymusu na kolejny okres 6-godzinny. Stwierdzono, że dokonywano adnotacji o stanie fizycznym osoby unieruchomionej co 15 minut. Niemniej, z dokumentacji medycznej wynika, że pierwszego zwolnienia dokonano w dniu 14 lipca 2013 r. o godz. 20:30 (kod 12: chwilowe zwolnienie). Tym samym, nie dopełniono obowiązku wynikającego z § 11 ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzenia, zgodnie z którym w czasie kontroli pielęgniarka zapewnia krótkotrwale częściowe albo całkowite uwolnienie osoby z zaburzeniami psychicznymi od unieruchomienia w celu zmiany jej pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej niż co 4 godziny.

Do dokumentacji medycznej załączono zawiadomienie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego (§ 16 ust. 1 pkt 1 ww. rozporządzenia).

- b) przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia zastosowany w dniu 22 maja 2013 r.:

Przymus bezpośredni trwał od godz. 10:30 do godz. 13:00 tego samego dnia. W historii choroby zamieszczono informację o uprzedzeniu pacjenta przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego, że środek ma zostać wobec niego podjęty, co jest zgodne z § 13 ust. 1 pkt 4 ww. rozporządzenia.

Z karty zastosowania unieruchomienia lub izolacji wynika, że dokonywano adnotacji o stanie fizycznym osoby unieruchomionej w ww. *Karcie* (§ 10 ust. 1 i ust. 2 ww. rozporządzenia).

Do dokumentacji medycznej załączono zawiadomienie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego (§ 16 ust. 1 pkt 1 ww. rozporządzenia).

- c) przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia zastosowany w dniu 9 czerwca 2013 r.:

Przymus bezpośredni trwał od godz. 18:30 do 21:00 tego samego dnia. W historii choroby zamieszczono informację o uprzedzeniu pacjenta, przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego, że środek ma zostać wobec niego podjęty, co jest zgodne z § 13 ust. 1 pkt 4 ww. rozporządzenia.

Z karty zastosowania unieruchomienia lub izolacji wynika, że dokonywano adnotacji o stanie fizycznym osoby unieruchomionej (§ 10 ust. 1 i ust. 2 ww. rozporządzenia).

Do dokumentacji medycznej załączono zawiadomienie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego (§ 16 ust. 1 pkt 1 ww. rozporządzenia).

- d) przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia zastosowany w dniu 16 czerwca 2013 r.:

Przymus bezpośredni trwał od godz. 16:15 do godz. 20:15 tego samego dnia. W historii choroby zamieszczono informację o uprzedzeniu pacjenta przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego, że środek ma zostać wobec niego podjęty, co jest zgodne z § 13 ust. 1 pkt 4 ww. rozporządzenia.

Z karty zastosowania unieruchomienia lub izolacji wynika, że dokonywano adnotacji o stanie fizycznym osoby unieruchomionej w ww. *Karcie* (§ 10 ust. 1 i ust. 2 ww. rozporządzenia).

Do dokumentacji medycznej załączono zawiadomienie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego (§ 16 ust. 1 pkt 1 ww. rozporządzenia). Mając na względzie powyższe, należy stwierdzić brak uwag w ww. zakresie.

- e) przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia zastosowany w dniu 17 czerwca 2013 r.:

Przymus bezpośredni trwał od godz. 03:30 do godz. 17:30 tego samego dnia. W historii choroby zamieszczono informację o uprzedzeniu pacjenta przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego, że środek ma zostać wobec Niego podjęty, co jest zgodne z § 13 ust. 1 pkt 4 ww. rozporządzenia.

Z karty zastosowania unieruchomienia lub izolacji wynika, że dokonywano adnotacji o stanie fizycznym osoby unieruchomionej (§ 10 ust. 1 i ust. 2 ww. rozporządzenia). Ponadto, lekarz po osobistym zbadaniu pacjenta przedłużył stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia o godz. 07:30. Niemniej, brak jest adnotacji o ponownym

przedłużeniu przez lekarza stosowania ww. przymusu, pomimo jego trwania do godz.17:30 (§ 4 pkt 4 ww. rozporządzenia).

Prawidłowo odnotowano informacje o zastosowaniu chwilowego zwolnienia (§ 11 ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzenia).

Do dokumentacji medycznej załączono zawiadomienie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego (§ 16 ust. 1 pkt 1 ww. rozporządzenia).

f) przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia zastosowany w dniu 8 lipca 2013 r.:

Przymus bezpośredni trwał od godz. 12:45 do godz. 15:45 tego samego dnia. W historii choroby zamieszczono informację o uprzedzeniu pacjenta przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego, że środek ma zostać wobec niego podjęty, co jest zgodne z § 13 ust. 1 pkt 4 ww. rozporządzenia.

Z karty zastosowania unieruchomienia lub izolacji wynika, że dokonywano adnotacji o stanie fizycznym osoby unieruchomionej (§ 10 ust. 1 i ust. 2 ww. rozporządzenia).

Do dokumentacji medycznej załączono zawiadomienie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego (§ 16 ust. 1 pkt 1 ww. rozporządzenia). Mając na względzie powyższe, należy stwierdzić brak uwag w ww. zakresie.

Ponadto, na podstawie dokonanej analizy dokumentacji medycznej poszczególnych pacjentów, należy podkreślić, iż w indywidualnych kartach zleceń lekarskich nie zaznaczano numeru Oddziału, numeru sali, w której przebywa pacjent oraz numeru książki głównej historii choroby. Powyższe może być przyczyną pomyłek w zakresie realizacji zleceń lekarskich. Pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta zwrócili na powyższe szczególną uwagę, ze względu na to, iż w Oddziale, podczas zbadania sprawy na miejscu, przebywało dwóch pacjentów posiadających to samo imię i nazwisko.

W ramach dokumentacji medycznej prowadzone są dwa rodzaje indywidualnej karty zleceń lekarskich. Te same druki mają różne przeznaczenie. Jeden dotyczy farmakoterapii długoterminowej, drugi farmakoterapii doraźnej oraz m.in. zgody na wyjście pod opieką personelu, konsultacji specjalistycznych. Drugi rodzaj dokumentu w analizowanym przypadku zawiera brak dotyczący potwierdzenia realizacji konsultacji chirurgicznej (widnieje jedynie data bez podpisu).

Mając na uwadze przepis art. 202 *kodeksu karnego wykonawczego*, zgodnie z którym sprawcę, wobec którego wykonywany jest środek zabezpieczający, obejmuje się

postępowaniem leczniczym, terapeutycznym i rehabilitacyjnym, a także resocjalizacyjnym, którego celem jest poprawa stanu jego zdrowia i zachowania, w stopniu umożliwiającym powrót do życia w społeczeństwie i dalsze leczenie w warunkach poza zakładem – zweryfikowano udostępniony pacjentom „Plan dnia w Oddziale VII, Plan zajęć grupowych realizowanych w Oddziale VII oraz Plan zajęć terapeutycznych w Klubie Szpitala w sierpniu 2013 r.” (dalej: plany).

W przedmiotowych planach wyszczególniono m.in. takie formy zajęć jak: gimnastyka, zajęcia relaksacyjne, terapia zajęciowa, biblioterapia, społeczność terapeutyczna, trening umiejętności społecznych (np. zajęcia kulinarne), oświata zdrowotna czy czas wolny. Z rozmów z pacjentami wynikało, iż zajęcia terapeutyczne są bardzo zróżnicowane, dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjentów.

Odnosnie informacji pozyskanych przez Rzecznika Praw Pacjenta dotyczących braku możliwości korzystania z terenu rekreacyjnego przez pacjentów przebywających w Oddziale, w oparciu o opinię Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii¹⁰ należy nadmienić, że ograniczenie to nie powinno być stosowane przez dłuższy czas. Jak podnosi Konsultant „wielotygodniowe lub nawet wielomiesięczne przebywanie człowieka w zamknięciu, bez możliwości korzystania z ruchu i przebywania na świeżym powietrzu jest postępowaniem niehumanitarnym, krzywdzącym, nieterapeutycznym lub nawet przeciwterapeutycznym (...) doświadczenie uczy, że stan psychiczny uzasadniający takie postępowanie rzadko przeciąga się na czas dłuższy niż kilka tygodni.”

Osoby dokonujące czynności sprawdzających zostały zapoznane przez Naczelną Pielęgniarkę ww. Szpitala z terenem rekreacyjnym do którego dostęp mają wszyscy pacjenci Szpitala. Przed Oddziałem VII znajduje się teren zielony wyposażony w ławki pozwalające pacjentom na spędzanie czasu wolnego pod nadzorem personelu. Na terenie Szpitala znajduje się również boisko „Orlik Szpitalny”, jak również sala gimnastyczna. Ponadto, w granicach obiektu zlokalizowane są 2 sklepy, piekarnia oraz bank (do dyspozycji pacjentów).

Mając powyższe na względzie, jak również wpisy zawarte w analizowanej indywidualnej dokumentacji pacjentów należy stwierdzić, że Świadczeniodawca wywiązuje się z przytoczonego wyżej art. 202 kkw i tym samym realizuje dyspozycję art.8 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* w ww. zakresie.

¹⁰ Opinia Pana prof. Jacka Wciórki – Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii dla województwa mazowieckiego z dnia 5 października 2013 r. w sprawie ograniczenia spacerów pacjentom przebywającym w szpitalu psychiatrycznym na podstawie orzeczonego środka zabezpieczającego.

Pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta, mając na względzie prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadającym określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym (art. 8 zd 1 *ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*) oraz przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹¹, dokonali oględzin pomieszczeń Oddziału na podstawie których w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych zaobserwowano odpadający tynk i farbę, co jak wynika z relacji personelu spowodowane jest nadmiernym zawilgoceniem.

Należy podkreślić, że Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu funkcjonuje od 1957 r. w budynkach powstałych w 1906 r., które są zabytkowe i wszelkiego rodzaju remontowanie ww. obiektów wymaga zgody konserwatora zabytków. Decyzją nr 424/12 z dnia 26 marca 2012 r., wydaną przez Dolnośląski Państwowy Wojewódzki Inspektorat Sanitarny we Wrocławiu, pozytywnie zaopiniowano „program dostosowania pomieszczeń i urządzeń Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych”. Wskazano jednak na konieczność dostosowania pomieszczeń i urządzeń w Szpitalu w terminie wyznaczonym w tym programie.

Podczas zbadania sprawy na miejscu, pacjenci nie wnosili uwag dotyczących sposobu żywienia. Podkreślono, iż podawane posiłki zawierają dużo warzyw, a wielkość serwowanych porcji jest wystarczająca. Jadłospisy tygodniowe są udostępniane pacjentom. Z rozmów z personelem wynika, że indywidualna dieta każdego pacjenta uzgadniana jest z lekarzem i uwzględnia aktualny stan zdrowia pacjenta.

Zgodnie z art. 33 ust. 1 *ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami. Ponadto, art. 13 *ustawy o ochronie zdrowia psychicznego* stanowi, że osoba z zaburzeniami psychicznymi przebywająca w szpitalu psychiatrycznym lub w domu pomocy społecznej ma prawo do porozumiewania się z bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami; korespondencja takiej osoby nie podlega kontroli. Tym samym pracownicy Biura

¹¹ Dz.U. z 2012 r., poz. 739

Rzecznika Praw Pacjenta zweryfikowali przestrzeganie przez Świadczeniodawcę prawa pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego.

Na podstawie rozmowy z personelem i pacjentami stwierdzono, że pacjenci nie mają ograniczeń w zakresie korzystania z prywatnych telefonów komórkowych, jak również w zakresie korzystania z Internetu. W Oddziale brak jest ogólnodostępnego automatu telefonicznego. Pacjenci posiadają możliwość porozumiewania się za pośrednictwem korespondencji listowej.

Podczas rozmowy z Zastępcą Ordynatora Oddziału ustalono, iż odwiedziny z rodziną i innymi osobami odbywają się w ciągu dnia bez ograniczeń godzinowych w sali odwiedzin usytuowanej w Oddziale. Świadczeniodawca wywiązuje się z obowiązku wynikającego z ww. przepisów prawa.

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej (art. 36 *ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*) jest realizowane przez Świadczeniodawcę. Niemniej, podczas rozmowy z Dyrektorem Szpitala stwierdzono, że z dniem 29 czerwca 2013 r. rozwiązano współpracę z dotychczasowym kapłanem, który był zatrudniony w Szpitalu. Obecnie trwają starania pozyskania duszpasterza pełniącego ww. funkcję. W dniu 12 czerwca 2013 r. wystąpiono do Kurii Metropolitarnej we Wrocławiu z prośbą o skierowanie księdza do wykonywania posługi religijnej w Szpitalu. Dyrektor Szpitala poinformował, że do momentu zatrudnienia duszpasterza, posługę kapłańską – na prośbę pacjentów – świadczy ksiądz z pobliskiej parafii.

W centralnej części terenu Szpitala (odrębny budynek) znajduje się odrestaurowana kaplica z przeznaczeniem dla pacjentów przebywających w ww. Szpitalu. Tym samym, pacjentom oraz personelowi Szpitala zależy na jej funkcjonowaniu.

W trakcie oględzin pomieszczeń Oddziału stwierdzono wywiązanie się Świadczeniodawcy z realizacji dyspozycji art. 11 ust. 1 *ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* w zw. z art. 10a ust. 4 *ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*. Na tablicy ogłoszeń wyeksponowano informacje dotyczące:

- 1) danych teled adresowych Rzecznika Praw Pacjenta,
- 2) praw pacjenta,
- 3) trybu składania skarg i wniosków.

Ponadto, na ww. tablicy umieszczono egzemplarz *ustawy o ochronie zdrowia psychicznego* – do wglądu pacjentów. Dane adresowe Biura Rzecznika Praw Pacjenta na jednej z tablic ogłoszeniowych nie były aktualne.

V. Wnioski

W wyniku przeprowadzonych działań należy stwierdzić, że zidentyfikowane nieprawidłowości w Oddziale VII Psychiatrii Sądowej o podstawowym zabezpieczeniu Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Lubiążu, wskazują na naruszenie prawa pacjenta do:

- 1) świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, w zakresie art. 8 zd. 1 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*,
 - w związku z naruszeniem § 11 ust. 1 pkt 2 oraz § 4 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w *sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania zasadności jego stosowania* oraz art. 203 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny wykonawczy*.
- 2) informacji, w zakresie art. 9 ust. 3 ww. ustawy,
 - w związku z naruszeniem § 8 pkt 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w *sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*.
- 3) dokumentacji medycznej, w zakresie art. 23 w zw. z art. 24 ust. 1 oraz art. 26 ust. 1 ww. ustawy,
 - w związku z naruszeniem § 4 pkt 1 i pkt 2, § 5 oraz § 8 pkt 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w *sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*.

Niezależnie od powyższego, w wizytowanym przez pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta Oddziale, pacjenci nie wnosili uwag lub skarg dotyczących nieetycznych zachowań personelu. Wyrażali zadowolenie z warunków pobytu w Oddziale, podkreślając, że personel jest przyjaźnie i życzliwie do nich nastawiony (art. 8 zd. 2 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*). Nie potwierdziła się informacja o tym, że pacjenci mają ograniczone wyjścia na teren szpitala.

VI Zalecenia

1. Zorganizowanie dla personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹²;
2. Zorganizowanie dla personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹³ i ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego¹⁴;
3. Zorganizowanie dla personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania¹⁵.
4. Uaktualnienie danych adresowych Rzecznika Praw Pacjenta i Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

Rzecznik Praw Pacjenta
Krzysztof Kozłowski
Krzysztof Kozłowski

¹² Tj. Dz.U. z 2010 r. Nr 252, poz.1697 z późn. zm.

¹³ Tj. Dz.U. z 2012 r., poz. 159, poz. 742

¹⁴ Tj. Dz.U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375

¹⁵ Tj. Dz.U. z 2012 r., poz. 740

Protokół ze zbadania sprawy na miejscu został przekazany do:

- 1) Pana Jacka Kacalaka, Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Lubiążu, ul. Mickiewicza 1, 56-100 Lubiąż/Wołów;
- 2) Pana Rafała Jurkowlaniec, Marszałka Województwa Dolnośląskiego, ul. Wybrzeże Słowackiego 12-14, 50-411 Wrocław;
- 3) Pana prof. dr hab. Marka Jaremy, Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Psychiatrii, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa;
- 4) Pani Wioletty Niemiec, Dyrektora Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Joannitów 6, 50-525 Wrocław;
- 5) Pana Bartosza Arłukowicza, Ministra Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa;
- 6) Pani prof. dr hab. Ireny Lipowicz, Rzecznika Praw Obywatelskich; Al. Solidarności 77, 00-090 Warszawa.

