

RzPP-ZZP-0932-3-4/BW/2013

Warszawa 26 kwietnia 2013 r.

Protokół ze zbadania sprawy na miejscu

przez pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta w dniach 6 – 7 lutego 2013 r. w Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Józefa Babińskiego Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Krakowie (dalej: Szpital).

I. Podstawy prawne

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono na podstawie art. 50 ust. 3 w zw. z art. 52 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*¹. Zgodnie z ww. przepisami – Rzecznik Praw Pacjenta prowadząc postępowanie wyjaśniające może wszcząć postępowanie wyjaśniające z własnej inicjatywy oraz zbadać, nawet bez uprzedzenia, każdą sprawę na miejscu, biorąc pod uwagę w szczególności uzyskane informacje co najmniej uprawdopodobniające naruszenie praw pacjenta.

Dyrekcja Szpitala została poinformowana o zamiarze przeprowadzenia czynności sprawdzających w dniu ich rozpoczęcia.

Decyzję o zbadaniu sprawy na miejscu w ww. podmiocie leczniczym, Rzecznik Praw Pacjenta podjął w związku z napływającymi sygnałami dotyczącymi w szczególności uprawdopodobnionego naruszenia art. 8 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

W dniach 6 – 7 lutego 2013 r. czynności sprawdzające zostały przeprowadzone przez:

1. Panią Beatę Wróblewską – Głównego specjalistę w Zespole ds. Zdrowia Psychicznego,
2. Panią Beatę Matulińską – Starszego specjalistę w Zespole ds. Zdrowia Psychicznego.

Osoby badające sprawę na miejscu posiadały stosowne upoważnienia udzielone przez Rzecznika Praw Pacjenta².

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

² Nr upoważnień: RzP-ZZP-0932-3-2/BW/2013, RzP-ZZP-0932-3-3/BW/2013.

II. Ustalenia dotyczące podmiotu leczniczego

Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Babińskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*³ działającym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Ww. podmiot leczniczy został wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w dniu 29 marca 2001r. Nr KRS 0000005002, Regon: 000298554, NIP 676-20-96-303.

Podmiotem tworzącym Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Babińskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie jest Województwo Małopolskie, jako jednostka samorządu terytorialnego⁴.

Zgodnie z *Regulaminem Organizacyjnym Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Babińskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Krakowie*⁵, wskazany podmiot leczniczy udziela świadczeń zdrowotnych dla osób dorosłych w warunkach stacjonarnych, dziennych oraz ambulatoryjnych w rodzaju: *opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień*, w zakresie, m.in.:

- świadczeń psychiatrycznych (w tym dla osób chorych somatycznie),
- świadczeń rehabilitacji psychiatrycznej,
- świadczeń psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia,
- leczenia uzależnień, w tym leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja) oraz terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu,
- leczenia zaburzeń nerwicowych,
- świadczeń psychogeriatrycznych.

W ramach struktury organizacyjnej Szpitala, odnośnie Pionu Medycznego wyodrębniono jednostki organizacyjne, takie jak:

- 1) Specjalistyczne Centrum Psychiatrii (świadczenia zdrowotne udzielane w warunkach stacjonarnych);
- 2) Centrum Zdrowia Psychicznego, w ramach którego działają komórki organizacyjne w postaci:
 - oddziałów szpitalnych całodobowych wraz z pododdziałami;

³ Dz. U z 2011 Nr 112, poz. 654 z późn. zm.

⁴ Statut Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Babińskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Krakowie załącznik do Uchwały Nr 1573/12 Zarządu Województwa Małopolskiego z dnia 18 grudnia 2012 r.

⁵ Załącznik nr 1 do Zarządzenia Wewnętrznego nr 49/12 Dyrektora Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Babińskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Krakowie z dnia 12 lipca 2012 r.

- oddziałów szpitalnych dziennych, w zakresie których realizowana jest częściowa hospitalizacja;
 - zespołów leczenia środowiskowego, w ramach których udzielane są wizyty domowe, prowadzona jest terapia indywidualna i grupowa, praca z rodziną, prowadzony jest trening budowania sieci oparcia społecznego, organizowane są zajęcia i turnusy rehabilitacyjne;
 - poradni, w których udzielane są porady lekarskie i psychologiczne, prowadzona jest indywidualna i grupowa pomoc psychoterapeutyczna, wykonywane są czynności pielęgniarstwa i interwencje socjalne;
- 3) Ośrodek Medyczny - realizujący wyodrębnioną działalność leczniczą lub inne zadania bezpośrednio związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych - w ramach którego działają m.in.:
- Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia,
 - Izba Przyjęć,
 - Pracownie: RTG, EKG, EEG, Terapeutyczno-Rehabilitacyjne, Ambulatorium Stomatologiczne;
- 4) inne jednostki organizacyjne, wyodrębnione organizacyjnie i finansowo, które realizują zadania uzupełniające w stosunku do działalności leczniczej, związane w szczególności z rehabilitacją społeczną i zawodową pacjentów Szpitala.

III. Zakres badania sprawy na miejscu

Czynności sprawdzające zostały przeprowadzone w związku z napływającymi do Biura Rzecznika Praw Pacjenta sygnałami dotyczącymi uprawdopodobnionego naruszenia praw pacjenta w zakresie art. 8 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* i przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o *ochronie zdrowia psychicznego*⁶ oraz przepisów odrębnych, w tym:

- a) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 lipca 2012 r. w *sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego*⁷;
- b) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w *sprawie sposobu stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania*⁸;

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

⁷ Dz. U. z 2012 r., poz. 854.

- c) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁹;
- d) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2009 r. w sprawie prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej¹⁰;
- e) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹¹;
- f) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień¹².

IV. Czynności i ustalenia związane ze zbadaniem sprawy na miejscu

Pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta po okazaniu stosownych upoważnień, podjęli w trybie natychmiastowym czynności sprawdzające w wybranych jednostkach organizacyjnych podmiotu leczniczego, tj. w Izbie Przyjęć, Oddziałach Psychiatrycznych: IIIB, VIA oraz Oddziale Psychogeriatrycznym IXA.

Z relacji Dyrekcji Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Babińskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Krakowie wynika, iż obiekty Szpitala wybudowane w latach 1903-1917 zostały wpisane do rejestru zabytków Miasta Krakowa. W związku z powyższym dostosowanie ich do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą jest przedsięwzięciem niezwykle kosztownym.

Dyrekcja Szpitala mając na celu poprawę warunków udzielania świadczeń zdrowotnych w kontekście realizacji praw pacjenta, przedstawiła *Plan inwestycyjny Szpitala na rok 2013*¹³, wyszczególniający źródło pozyskanych środków na realizację przedmiotowego planu, w tym na następujące zadania:

- 1) podjęcie prac adaptacyjnych w celu przystosowania pomieszczeń szpitalnych do obowiązujących norm przeciwpożarowych (II etap – dostosowanie budynków: nr 102, VIIB) – finansowanie z budżetu Województwa Małopolskiego;

⁸ Dz. U. z 2012 r., poz. 740.

⁹ Tj. Dz. U. z 2010 r., Nr 252, poz. 1697 z późn. zm.

¹⁰ Dz. U. z 2009 r., Nr 129, poz. 1068.

¹¹ Dz. U. z 2012 r., poz. 739.

¹² Dz. U. z 2009 r., Nr 140, poz. 1146 z późn. zm.

¹³ „Planowane przychody i koszty Szpitala na rok 2013 wg. planu rzeczowo-finansowego” (zgodnie z uchwałą Rady Społecznej z dnia 11.12.2012 r.) – źródło z: <http://bip.babinski.pl/budiet-i-inwestycje-mainmenu-48.html?tmpl>

- 2) wykonanie prac dostosowawczych w obiektach Szpitala, zgodnie z wytycznymi Państwowego Inspektora Sanitarnego w Krakowie - finansowanie z budżetu Województwa Małopolskiego oraz dotacja PZU;
- 3) podjęcie prac w zakresie termomodernizacji budynku nr 102 poprzez wymianę stolarki okiennej i ocieplenie ścian zewnętrznych - finansowanie z budżetu Województwa Małopolskiego oraz dotacji i pożyczki Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej;
- 4) wymiana zewnętrznej stolarki okiennej i drzwiowej w budynkach nr IVB i VIA - finansowanie z budżetu Województwa Małopolskiego;
- 5) wykonanie prac naprawczych konstrukcyjnych i modernizacji systemu wentylacji w budynku VIIA - finansowanie z budżetu Województwa Małopolskiego;
- 6) wykonanie prac projektowych w zakresie dostosowania budynków nr VB i nr I zgodnie z *Programem dostosowawczym* i wymogami Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą - finansowanie z budżetu Województwa Małopolskiego;
- 7) modernizacja budynku nr XIV dla potrzeb utworzenia Centrum Terapeutycznego dla Pacjentów - finansowanie z budżetu Województwa Małopolskiego oraz dotacji Społecznego Komitetu Ochrony Zabytków Krakowa;
- 8) zakup ambulansu sanitarnego wraz z niezbędnym wyposażeniem do transportu chorych - finansowanie z budżetu Województwa Małopolskiego;
- 9) zakup środków trwałych, takich jak: sprzęt i aparatura medyczna oraz inne urządzenia niezbędne do prowadzenia działalności medycznej – finansowanie w ramach środków własnych.

Ponadto, Dyrekcja Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Babińskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Krakowie podpisała w dniu 10 grudnia 2012 r. porozumienie z Fundacją „Hothaus”, w zakresie którego jest m.in. przywrócenie budynkowi teatru szpitalnego położonego na terenie kompleksu parkowo-szpitalnego jego pierwotnej funkcji. Tym samym, podjęto decyzję o stworzeniu lokalnego Centrum Sztuki służącego integracji pacjentów, pracowników Szpitala i mieszkańców Miasta Krakowa. W działalność artystyczną zostali zaangażowani pacjenci, hospitalizowani w ww. podmiocie leczniczym.

1. Izba Przyjęć (jednostka organizacyjna Ośrodka Medycznego):

Z relacji personelu, w Izbie Przyjęć przyjmowani są pacjenci w trybie całodobowym, w szczególności:

- zgłaszający się na podstawie skierowania lekarza,
- przywiezieni przez zespół ratownictwa medycznego,
- zgłaszający się samodzielnie w stanie zagrożenia życia lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia skutkującego zagrożeniem życia.

Przy „trybie pilnym” brak skierowania nie stanowi przeszkody w przyjęciu pacjenta do Szpitala.

Do zakresu zadań Izby Przyjęć należy:

- rejestracja osoby zgłaszającej się z jednoczesną kontrolą uprawnień do korzystania ze świadczeń zdrowotnych;
- zapewnienie niezwłocznego badania przez lekarza dyżurnego;
- zapewnienie pacjentowi doraźnej opieki pielęgniarskiej i lekarskiej stosownej do jego stanu, w tym wykonanie niezbędnych badań i podanie leków;
- przyjęcie do Szpitala, w tym przekazanie do Oddziału pacjenta zakwalifikowanego do hospitalizacji;
- udzielenie porady i pomocy doraźnej pacjentowi niezakwalifikowanemu do hospitalizacji;
- prowadzenie dokumentacji medycznej i statystycznej.

Mając na względzie prawo pacjenta do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia oraz prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 7 ust. 1 w zw. z art. 6 ust. 1 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*) pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta zweryfikowali w Izbie Przyjęć dokumentację zbiorczą wewnętrzną, tj.: *Księgę główną przyjęć i wypisów* oraz *Księgę odmów i porad ambulatoryjnych udzielanych w Izbie Przyjęć*.

Wynik analizy *Księgi głównej przyjęć i wypisów* (nr 5) wskazuje, iż została opatrzona numerem księgi, zawierała oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Ponadto, omawiany dokument uwzględniał wpisy, dotyczące przyjęcia pacjenta, wymagane w ww. rozporządzeniu, w szczególności:

- numer kolejny pacjenta w księdze, datę przyjęcia pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym (§ 26 pkt 2 i 3 rozporządzenia);
- imię i nazwisko, numer PESEL, oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta (§ 26 pkt 4 rozporządzenia);
- kody resortowe komórek organizacyjnych, w których pacjent przebywał (§ 26 pkt 5 rozporządzenia);
- rozpoznanie wstępne (§ 26 pkt 6 rozporządzenia).

Natomiast przedmiotowa księga nie zawierała wpisów dotyczących:

- określenia rodzaju leczenia, w tym istotnych badań diagnostycznych, wszystkich zabiegów i operacji (§ 26 pkt 8 rozporządzenia);
- numeru karty depozytowej, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 40 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

Z relacji pielęgniarki ww. wpis nie jest dokonywany z uwagi na brak informacji od personelu z Oddziałów, w których prowadzona jest dokumentacja w zakresie zabezpieczania rzeczy pacjentów w depozycie.

Analiza wpisów w *Księdze odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych* nie wykazała nieprawidłowości w zakresie wymagań określonych w § 27 ust. 1 pkt 1-14 ww. rozporządzenia. Poddano analizie porównawczej kopię *Kart konsultacyjnych*: Nr 1/13, Nr 150/13, Nr 152/13 z wpisami dokonanyymi w ww. *Księdze*. Nie stwierdzono rozbieżności w wpisach dokonanych w obu dokumentach.

Sposób prowadzenia *Karty konsultacyjnej* jest zgodny z § 27 ust. 2 ww. rozporządzenia, co wpisuje się w realizację prawa pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu (art. 9 ust. 1-2 w zw. z art. 23 ust. 1 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*).

W trakcie oględzin pomieszczeń Izby Przyjęć stwierdzono wywiązanie się Świadczeniodawcy z realizacji dyspozycji art. 11 ust. 1 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. Na tablicy ogłoszeń wyeksponowano informacje dotyczące:

- danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta;
- praw pacjenta;
- trybu składania skarg i wniosków.

Pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta 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 zd. 1 *ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*) dokonali oględzin pomieszczeń Izby Przyjęć, w wyniku których ustalono, co następuje:

W skład Izby Przyjęć wchodzi, m.in.:

- 1) punkt rejestracji pacjentów i poczekalnia;
- 2) pomieszczenie zapewniające przeprowadzenie badań związanych z przyjęciem pacjenta do Szpitala;
- 3) pomieszczenie (nazwane przez personel pokojem reanimacyjnym) – zgodnie z relacją pielęgniarki oddziałowej – pełniące funkcję gabinetu zabiegowego oraz pokoju obserwacyjnego;

W ramach czynności sprawdzających pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta zweryfikowali dopuszczalność do użycia jednego z trzech będących na wyposażeniu Izby Przyjęć defibrylatorów, poprzez weryfikację wpisów dokonanych w *Paszporcie Technicznym*. Wpisy dokonane przez Serwisanta Zakładów Techniki Medycznej Sp. z o.o. w *Paszporcie* potwierdziły, iż Defibrylator typu *Defigard 5000* był poddawany systematycznemu przeglądowi technicznemu, w wyniku którego był dopuszczony do użytku.

Sprawdzono także Alkometr typu A2.0/04.AWAT. Wskazany przyrząd, przeznaczony do automatycznego pomiaru stężenia par alkoholu w wydychanym powietrzu – w celu zapewnienia poprawności wyników poddawano co 6 miesięcznej kalibracji. Powyższe potwierdzono okazanym świadectwem wzorcowania. Wyniki badań (w postaci wydruków) autoryzowane przez personel są załączane do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

- 4) pomieszczenie higieniczno-sanitarne, przystosowane dla osób niepełnosprawnych, nie posiadające natrysku, tym samym nie spełniony został wymóg określony w pkt 2 ppkt 3 *załącznika nr 1¹⁴* do rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

¹⁴ Szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia szpitala - Załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. (poz. 739).

Z relacji personelu, kąpiel pacjenta odbywa się w Oddziale, do którego został przyjęty. Zaznaczono, iż w sytuacjach szczególnych jest możliwa kąpiel pacjenta w łazience dla personelu, gdzie znajduje się prysznic.

Ponadto, w wyniku oględzin ww. pomieszczeń Izby Przyjęć nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie przestrzegania stanu higieniczno – sanitarnego i porządkowego.

2. Oddział Psychogeriatryczny IXA (jednostka organizacyjna Specjalistycznego Centrum Psychiatrii):

W dniu zbadania sprawy na miejscu w Oddziale IXA Szpitala (stacjonarny oddział koedukacyjny) przebywało 44 pacjentów. Oddział posiada 45 łóżek rejestrowych.

Według „wykazu zatrudnionych w Oddziale 9A wg stanu na dzień 31.01.2013 r.” w Oddziale świadczeń zdrowotnych udziela:

- 5 lekarzy (tj.: ordynator: specjalista chorób wewnętrznych i psychiatra, 3 lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii oraz 1 lekarz w trakcie odbywania specjalizacji z psychiatrii);
- 2 psychologów;
- 18 pielęgniarek;
- 1 terapeuta zajęciowy;
- 2 fizykoterapeutów;
- 7 salowych/sanitariuszy;
- 1 sekretarka medyczna;
- 1 pracownik socjalny;
- 1 dietetyk.

Powyższe spełnia wymagania określone w Załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2011 r. *zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień*¹⁵.

Zgodnie z § 1 pkt 2 świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1 ww. rozporządzenia, obejmują, m.in.: świadczenia terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki.

Tym samym, pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta zweryfikowali możliwość korzystania przez pacjenta z zajęć terapeutycznych. Z informacji uzyskanych od personelu, pacjenci (zakwalifikowani przez lekarza do poszczególnych zajęć) wychodzą na zajęcia

¹⁵ Poz. 5 Załącznika nr 1 - *Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych oraz warunki ich realizacji* - do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2011 r. (Dz. U. z 2011 r. Nr 101, poz. 583 z późn. zm.).

9
W: 71

terapeutyczne do Oddziału Rehabilitacyjnego VIIB. Niemniej w Oddziale IXA Psychogeriatrycznym funkcjonuje pracownia terapii zajęciowej. Pacjenci pod nadzorem terapeuty zajęciowego – w ramach opracowanego programu terapeutycznego – uczestniczą w zajęciach.

Ponadto, poddano analizie losowo wybraną indywidualną dokumentację medyczną pacjenta _____ w zakresie dostępności do świadczeń gwarantowanych, o których mowa w przywołanym przepisie § 3 ust. 1 pkt 1 ww. rozporządzenia, w szczególności do niezbędnych badań diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych. W wyniku weryfikacji wpisów dokonanych w *Historii choroby* stwierdzono, iż pacjentowi - z rozpoznaniem wstępnym: *Organiczne zaburzenia depresyjne* oraz chorobami współistniejącymi: *Choroba Parkinsona i nadciśnienie tętnicze* - w przebiegu hospitalizacji zapewniono dostęp do ww. świadczeń (tj.: wykonano badania biochemiczne, badanie rtg kręgosłupa i stawów biodrowych oraz był konsultowany przez lekarza neurologa).

W wyniku analizy przedmiotowej dokumentacji zwrócono uwagę na sposób dokumentowania zleceń lekarskich. W *Indywidualnej karcie zleceń lekarskich* wpisy dokonywane są przez osobę zlecającą leki, badania, etc. oraz osobę przyjmującą wymienione zlecenia. W ww. *Karcie* brak jest adnotacji o wykonaniu zlecenia przez osobę wykonującą zlecenie. Wskazany sposób dokumentowania zleceń lekarskich nie daje możliwości zweryfikowania kto i kiedy wykonał dane zlecenie lekarskie, co jest niezgodne z przepisami § 18 ust. 2 pkt 2 i ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w *sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*.

Ponadto, zwrócono uwagę, iż lek *Estazolam* nie jest wpisywany w *Kartę zleceń lekarskich* lecz w *Kartę gorączkową ogólną*. Opisany sposób dokumentowania podawania leku pacjentowi _____, nie wskazuje: kto i na czyje zlecenie podawał pacjentowi ww. lek. W tym miejscu warto zwrócić uwagę, iż ww. *Karta gorączkowa* nie jest właściwym dokumentem do dokonywania ww. wpisów.

Powyższe wskazuje, iż prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia (art. 9 w zw. z art. 23-26 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*) nie jest w pełni realizowane przez Świadczeniodawcę.

Podczas zbadania sprawy na miejscu stwierdzono, iż pacjenci nie wnosili uwag dotyczących sposobu żywienia. Wskazali, iż jest możliwość otrzymania dodatkowej porcji zupy lub pieczywa. Jadłospisy tygodniowe są udostępnione dla pacjentów. Z zapewnień personelu, indywidualna dieta każdego pacjenta ustalana jest przez lekarza - z uwzględnieniem stanu zdrowia.

Mając na względzie prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, o którym mowa w art. 33 ust. 1 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, warto wskazać, że 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. Tym samym na miejscu zweryfikowano, czy w ww. Oddziale jest realizowane ww. prawo pacjenta. Z rozmowy z personelem ustalono, iż pacjenci nie mają żadnych ograniczeń w zakresie korzystania z telefonu. Aparat jest usytuowany w korytarzu. Również nie ma ograniczeń wobec osób bliskich do odwiedzin pacjentów. W Oddziale wyodrębniono pomieszczenie, w którym pacjenci mogą bez ograniczeń spotykać się ze swoimi bliskimi. Tym samym, należy stwierdzić, iż prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego jest realizowane przez ww. podmiot leczniczy.

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej (art. 36 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*) jest w pełni realizowane przez Świadczeniodawcę. Na terenie Szpitala znajduje się kaplica.

Mając na względzie prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie (art. 39 i art. 40 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*) sprawdzono w wizytowanym Oddziale sposób zabezpieczania przedmiotów oddanych do depozytu oraz sposób prowadzenia dokumentacji w ww. zakresie. W wyniku weryfikacji powyższego, stwierdzono, iż oryginały *kart depozytowych* nie są wydawane pacjentom przekazującym rzeczy wartościowe do depozytu, co jest niezgodne z § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2009 r. w *sprawie prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej*.

Pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta 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 zd. 1 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*) oraz przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia w *sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* ustalili, co następuje:

W skład zespołu pomieszczeń Oddziału wchodzi, m.in.:

- pokoje łóżkowe - przestronne (2-5 łóżkowe) - wyposażone w niezbędny sprzęt, tj. łóżka, szafki przyłóżkowe, parawany. Pościel czysta, zmieniana raz w tygodniu i w razie potrzeby;
- sala terapii zajęciowej, wyposażona w stosowne materiały do prowadzenia zajęć terapeutycznych;
- jadalnia;
- pokój odwiedzin;
- pomieszczenia higieniczno-sanitarne wyposażono w miski ustępowe, umywalki natryski, w tym przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich; ponadto wyposażono w dozowniki z mydłem w płynie, pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemniki na zużyte ręczniki.

W wyniku oględzin ww. pomieszczeń, w tym jego wyposażenia i stanu utrzymania nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie realizacji przepisu art. 8 zd. 1 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz ww. przepisów odrębnych.

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 danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta, praw pacjenta, trybu składania skarg i wniosków oraz możliwości kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

3. Oddział Psychiatryczny VI A (jednostka organizacyjna Centrum Zdrowia Psychicznego):

W dniu zbadania sprawy na miejscu w Oddziale Psychiatrycznym VI A Szpitala (stacjonarny oddział męski) przebywało 42 pacjentów. Podany stan pacjentów był zgodny z liczbą łóżek rejestrowych.

Według „*wykazu zatrudnionych w Oddziale 6A wg stanu na dzień 31.01.2013 r.*” w Oddziale świadczeń zdrowotnych udziela:

- 9 lekarzy,
- 19 pielęgniarek,
- 3 psychologów (w tym 1 na ½ etatu),
- 1 pracownik socjalny,

- 1 terapeuta zajęciowy,
- 6 salowych/sanitariuszki,
- 1 sekretarka medyczna.

Na podstawie przedmiotowego wykazu, uwzględniającego również zestawienie wymiaru czasu zatrudnienia ww. personelu zweryfikowano *Wykaz graficzny* pracy personelu medycznego. Wynik analizy nie wykazał nieprawidłowości w zakresie wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2011 r. *zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień*.

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 zd. 1 ustawy *o prawach pacjenta*) oraz przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* ustalono, co następuje:

Zgodnie z przepisem pkt 2 rozdział X załącznika nr 1 ww. *rozporządzenia* drzwi wejściowe do oddziału psychiatrycznego zabezpiecza się w sposób uniemożliwiający niekontrolowane opuszczenie oddziału. Biorąc pod uwagę powyższe, zwrócono uwagę na praktykę stosowaną w Oddziale Psychiatrycznym VI A. Pacjenci w ramach pełnienia dyżuru dysponują kluczem do drzwi wejściowych Oddziału. Imienna lista pacjentów (dyżurnych) została wywieszona na tablicy ogłoszeń – usytuowanej w korytarzu. Opisana praktyka nie tylko narusza ochronę dóbr osobistych, wynikających z przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. *o ochronie danych osobowych*¹⁶, ale także naraża bezpieczeństwo pacjentów hospitalizowanych w ww. podmiocie leczniczym. Niemniej należy zaznaczyć, iż w trakcie badania sprawy na miejscu powyższa nieprawidłowość została usunięta.

Pomieszczenia Oddziału VIA (dwukondygnacyjnego) będące w złym stanie sanitarno-technicznym, wymagają generalnego remontu. Stwierdzono:

- ściany z ubytkami tynku, w tym odpadającą farbą,
- stolarka okienna, drzwiowa z ubytkami,
- wyeksploatowana wykładzina podłogowa z poodklejanymi listwami przypodłogowymi lub ich brakiem,
- grzejniki z widoczną korozją,
- ubytki i pęknięcia glazury w pomieszczeniach sanitarno-higienicznych;

¹⁶ Tj. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.

- silikonowe uszczelnienia armatury sanitarnej oraz fugi między kafelkami z widoczną pleśnią.

W pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych stwierdzono:

- brak dozowników z mydłem w płynie oraz pojemników z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemników na zużyte ręczniki (§ 12 ust. 1 pkt 7 ww. rozporządzenia).

W Oddziale nie ma pomieszczenia sanitarno-higienicznego wyposażonego dodatkowo w natrysk, w tym co najmniej jednego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich.

Stan mebli będących na wyposażeniu sal chorych (łóżka drewniane, krzesła, fotele, stoliki, szafki przyłóżkowe z ubytkami farby i drewna/okleiny), nie pozwala spełnić wymagania określonego w przepisie § 27 ust. 1 powołanego rozporządzenia, zgodnie z którym meble w pomieszczeniach podmiotu wykonującego działalność leczniczą umożliwiają ich mycie oraz dezynfekcję.

W Oddziale wszystkie pomieszczenia utrzymane były w należyтым stanie higieniczno – sanitarnym i porządkowym. Niemniej zwrócono uwagę na znaczne zagęszczenie łóżek (dwie sale: 8 i 10 łóżek).

W trakcie oględzin pomieszczeń wskazanego Oddziału stwierdzono wywiązaną 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 danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta, praw pacjenta, trybu składania skarg i wniosków oraz możliwości kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

Podczas badania sprawy na miejscu stwierdzono, iż pacjenci nie wnosili uwag dotyczących sposobu żywienia. Wskazali, iż jest możliwość otrzymania dodatkowej porcji zupy lub pieczywa. Jadłospisy tygodniowe są udostępnione dla pacjentów. Z zapewnień personelu, indywidualna dieta każdego pacjenta ustalana jest przez lekarza - z uwzględnieniem stanu zdrowia. Pacjenci mają do dyspozycji czajnik, tym samym mogą w każdej chwili korzystać z przegotowanej wody.

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej (art. 36 *ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*) jest w pełni realizowane przez Świadczeniodawcę. Pacjentów systematycznie odwiedza duszpasterz. Ponadto, pacjenci mający wolne wyjścia (w tym pod opieką personelu) mogą uczestniczyć co niedzielę we mszy świętej w kaplicy, która znajduje się na terenie Szpitala.

Zweryfikowano, czy w ww. Oddziale jest realizowane prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego (art. 33 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w zw. z art. 13 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego). Ustalono, iż pacjenci nie mają żadnych ograniczeń w zakresie korzystania z telefonu. Aparat jest usytuowany w korytarzu Oddziału. Również nie ma ograniczeń wobec osób bliskich odwiedzających pacjentów przebywających w Szpitalu. Tym samym, należy stwierdzić, iż przedmiotowe prawo pacjenta jest w pełni realizowane przez ww. podmiot leczniczy.

Weryfikując realizację przez Świadczeniodawcę prawa pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia (art. 9 w zw. z art. 23–26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta zweryfikowali dokumentację medyczną w zakresie jej prowadzenia zgodnie z wymaganiami określonych przepisami w rozporządzeniu w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

W wyniku analizy losowo wybranej historii choroby pacjenta całkowicie ubezwłasnowolnionego, przyjętego do szpitala psychiatrycznego na mocy art. 22 ust. 5 oraz art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, ustalono, co następuje:

Załączniki historii choroby, tj.:

- zawiadomienie kierownika szpitala psychiatrycznego o przyjęciu do szpitala lub zatrzymaniu w szpitalu osoby chorej psychicznie lub z zaburzeniami psychicznymi bez jej zgody,
- zawiadomienie o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego do Sądu Rejonowego w Krakowie-Podgórzu, Wydział Rodzinny i Nieletnich,
- postanowienie Sądu Rejonowego, Wydział Rodzinny i Nieletnich,

potwierdziły, iż procedura przyjęcia pacjenta bez zgody do szpitala psychiatrycznego była zgodna z przepisami ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego.

W wyniku analizy wpisów w ww. dokumentacji medycznej nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie rzetelności jej prowadzenia, tj.: wpisy są czytelne, prowadzone chronologicznie, opatrzone datą i podpisem osoby dokonującej wpisu, strony historii choroby ponumerowano, załączniki stanowią kompletną całość indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta. Tym samym, przedmiotowa dokumentacja jest prowadzona zgodnie

z wymaganiami określonymi w przepisach w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

W przedmiotowej dokumentacji medycznej znajdują się wpisy potwierdzające udzielanie świadczeń przez personel wskazany w *Wykazie graficznym pracy personelu*.

W związku z powyższym, należy stwierdzić, iż sposób prowadzenia przez personel medyczny Szpitala dokumentacji medycznej jest zgodny z przepisami art. 25 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

4. Oddział Psychiatryczny IIIB (jednostka organizacyjna Centrum Zdrowia Psychicznego):

W dniu badania sprawy na miejscu w Oddziale IIIB Szpitala (stacjonarny oddział dla kobiet) przebywało 36 pacjentów. Oddział posiada 35 łóżek rejestrowych.

Według „wykazu zatrudnionych w Oddziale 3b wg stanu na dzień 31.01.2013 r.” w Oddziale świadczeń zdrowotnych udziela:

- 7 lekarzy;
- 1 psycholog;
- 17 pielęgniarek;
- 1 terapeuta zajęciowy;
- 6 salowych/sanitariusz;
- 1 sekretarka medyczna.

Powyższe spełnia wymagania określone w Załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2011 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień¹⁷.

Pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta 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 zd. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) dokonali oględzin pomieszczeń Oddziału. W wyniku powyższego stwierdzono, co następuje:

¹⁷ Poz. 1 Załącznika nr 1 - *Wykaz świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych oraz warunki ich realizacji* - do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2011 r. (Dz. U. z 2011 r. Nr 101, poz. 583 z późn. zm.).

W Oddziale dwukondygnacyjnym wszystkie pomieszczenia utrzymane były w należyтым stanie higieniczno-sanitarnym i porządkowym. Niemniej zwrócono uwagę na zbyt duże zagęszczenie chorych w salach. Powyższe uniemożliwia dostęp do łóżek pacjentów z trzech stron, tym samym niespełniony został wymóg określony w § 18-20 przywołanego rozporządzenia. Zgodnie z przytoczonym przepisem „*łóżka w pokojach pacjentów powinny być dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych*”. Łóżka są ustawione w salach w sposób uniemożliwiający ich wyprowadzenie bez konieczności przesuwania łóżek sąsiednich, a niekiedy nawet mebli znajdujących się w salach (w tym sale przechodnie).

Zwrócono uwagę, że łóżka są drewniane (w tym tapczany), co nie pozwala spełnić wymagania określonego w przepisie § 27 ust. 1 powołanego rozporządzenia, zgodnie z którym, meble w pomieszczeniach podmiotu wykonującego działalność leczniczą umożliwiają ich mycie oraz dezynfekcję. Z uwagi na powyższe oraz zły stan techniczny pomieszczeń Oddziału IIIB – analogiczny do opisanego stanu w Oddziale VIA – należy wskazać, iż Świadczeniodawca nie wywiązał się w pełni z realizacji prawa pacjenta, określonego w art. 8 zd. 1 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

W Oddziale funkcjonuje pracownia terapii zajęciowej. Weryfikacja *rozkładów dnia zajęć rehabilitacyjnych* potwierdziła, iż uwzględnione zostały różnorodne formy prowadzenia zajęć, tj.: psychoedukacja, psychorysunek, zajęcia terapii zajęciowej (zajęcia plastyczne, rękodzielnicze), gimnastyka. Organizowane są wyjścia grupowe na teren Szpitala, w tym m.in. do kaplicy, do sklepu. Ponadto, pacjenci uczestniczą w zebraniach społeczności, zajęciach kulturalno-rekreacyjnych. Powyższe wskazuje, że pacjenci mają wypełniony czas wolny i nie nudzą się (co zostało potwierdzone przez pacjentów). W wyniku przeprowadzonych przez pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta czynności należy pozytywnie ocenić organizację zajęć terapeutycznych, w szczególności zaangażowanie całej kadry medycznej przedmiotowego Oddziału.

Mając na względzie prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia (art. 9 w zw. z art. 23 -26 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*) pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta zweryfikowali dokumentację medyczną w zakresie jej prowadzenia zgodnie z wymaganiami określonych przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w *sprawie sposobu stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania*.

Poddano analizie wpisy w historii choroby _____ oraz jej załącznikach, tj.:

- karcie zastosowania unieruchomienia lub izolacji,
- karcie obserwacji (oznaczenia – KOD),
- zawiadomienia kierownika o zastosowaniu przymusu bezpośredniego na podstawie art. 18 ust. 6 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*.

W wyniku analizy ww. dokumentów nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie sposobu dokumentowania zastosowanego środka przymusu bezpośredniego wobec pacjenta, tym samym spełnione zostały wymagania określone w przepisach ww. rozporządzenia.

Należy wskazać, iż w ww. Oddziale dodatkowo jest prowadzony *Rejestr przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego*, uwzględniający:

- dane osoby, wobec której zastosowano przymus bezpośredni;
- dane osoby zlecającej zastosowanie przymusu bezpośredniego;
- rodzaj zastosowanego środka przymusu bezpośredniego;
- czas trwania przymusu bezpośredniego.

Przedmiotowy rejestr stanowi załącznik do wdrożonej *procedury stosowania przymusu bezpośredniego w Szpitalu Specjalistycznym im. dr Józefa Babińskiego SPZOZZ w Krakowie*.

Wyniki przeprowadzonego zbadania sprawy na miejscu w Oddziale Psychiatrycznym IIIB, w zakresie praw pacjenta, określonych w przepisach art. 11, art. 33, art. 36, art. 9 w zw. z art. 23 - 26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta są analogiczne do ustaleń w Oddziale Psychiatrycznym VIA - i nie budzą zastrzeżeń pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

Ponadto należy podnieść, iż w żadnym z wizytowanych przez pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta Oddziałów, pacjenci nie wnosili uwag/skarg dotyczących nieetycznych zachowań personelu. Głośno wyrażali zadowolenie z pobytu w ww. Oddziałach, podkreślając, że personel jest przyjaźnie i życzliwie do nich nastawiony (art. 8 zd. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

V. Wnioski

W wyniku przeprowadzonych działań należy stwierdzić, iż Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Babińskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie podejmuje stosowne działania w zakresie pozyskania środków finansowych w celu poprawy warunków udzielania świadczeń zdrowotnych w kontekście realizacji praw pacjenta – co zasługuje na szczególne podkreślenie.

Niemniej, zidentyfikowane nieprawidłowości wskazują na naruszenia 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 (...) (art. 8 zd. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta);
- poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 20 ust. 1 ww. ustawy).

VI. Zalecenia

- 1) Dostosowanie pomieszczeń do wymagań uregulowanych w rozporządzeniu *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*;
- 2) Doposażenie pomieszczeń sanitarno-higienicznych w dozowniki z mydłem i pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia;
- 3) Zaprzestanie praktyki udostępniania pacjentom klucza do drzwi wejściowych Oddziału;
- 4) Wydawanie oryginału karty depozytowej pacjentom przekazującym rzeczy wartościowe do depozytu;
- 5) Zorganizowanie dla personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów rozporządzenia *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*;
- 6) Zorganizowanie dla personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* i ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*.

ZESPÓŁ
ds. ZDROWIA PSYCHICZNEGO


Beata Wróblewska
GŁÓWNY SPECJALISTA

KIEROWNIK ZESPOŁU
ds. Zdrowia Psychicznego


Grzegorz Błażewicz

Rzecznik Praw Pacjenta


Krystyna Barbara Kozłowska

Protokół ze zbadania sprawy na miejscu został przekazany do:

1. Pana Stanisława Kracika, Dyrektora Szpitala Specjalistycznego im. dr Józefa Babińskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Krakowie; ul. Babińskiego 29, 30-393 Kraków;
2. Pana Marka Sowy, Marszałka Województwa Małopolskiego; Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego; ul. Raclawicka 56, 30-017 Kraków;
3. Pana dr n. med. Krzysztofa Walczewskiego, Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Psychiatrii; Szpital Specjalistyczny im. dr Józefa Babińskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie; ul. Babińskiego 29, 30-393 Kraków;
4. Pana Michała Seweryna, Małopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego; Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Krakowie; ul. Prądnicza 76, 31-202 Kraków;
5. Pani Barbary Bulanowskiej, Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia; ul. Ciemna 6, 31-053 Kraków;
6. Pana Bartosza Arłukowicza, Ministra Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa;
7. Pani prof. dr hab. Ireny Lipowicz, Rzecznika Praw Obywatelskich; Al. Solidarności 77, 00-090 Warszawa.

