



RZECZPOSPOLITA POLSKA

Rzecznik Praw Pacjenta

Krystyna Barbara Kozłowska

SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI ZADAŃ
wynikających z *ustawy z dnia 6 listopada 2008 r.*
o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
(Dz. U. z 2012 r. poz. 159)
oraz przestrzegania praw pacjenta na terytorium
Rzeczypospolitej Polskiej

Obejmuje okres od dnia 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2011 r.

Obowiązek przedstawienia sprawozdania wynika z art. 58 *ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.*

Spis treści

WPROWADZENIE	4
CZĘŚĆ PIERWSZA DZIAŁANIA RZECZNIKA PRAW PACJENTA PODEJMOWANE W CELU REALIZACJI USTAWOWYCH ZADAŃ	8
I. INFORMACJE OGÓLNE	8
II. SPOSÓB ROZPATRZENIA WNIOSKÓW KIEROWANYCH DO RZECZNIKA PRAW PACJENTA	11
III. POSTĘPOWANIA WYJAŚNIAJĄCE	14
1. Informacje ogólne	14
2. Wnioski o ponowne rozpatrzenie sprawy	14
3. Opis przykładowych stwierdzeń naruszeń praw pacjenta	15
4. Postępowania wyjaśniające, w których sprawa była badana na miejscu (uszczegółowienie w <i>Załączniku nr 1</i>).	20
5. Prawo pacjenta do złożenia sprzeciwu do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku	26
IV. POSTĘPOWANIA W SPRAWACH PRAKTYK NARUSZAJĄCYCH ZBIOROWE PRAWA PACJENTÓW	28
1. Informacje ogólne	28
2. Opis przykładowych postępowań w sprawach naruszających zbiorowe prawa pacjentów	29
V. WSPÓŁPRACA W ZAKRESIE UCZESTNICTWA W SPRAWACH CYWILNYCH ZWIĄZANYCH Z NARUSZENIEM PRAW PACJENTA ORAZ Z PROKURATURĄ I SĄDAMI	31
VI. OPRACOWYWANIE I PRZEDKŁADANIE RADZIE MINISTRÓW POROJEKTÓW AKTÓW PRAWNYCH DOTYCZĄCYCH OCHRONY PRAW PACJENTA	35
VII. WYSTĘPOWANIE DO WŁAŚCIWYCH ORGANÓW Z WNIOSKAMI O PODJĘCIE INICJATYWY USTAWODAWCZEJ	35
VIII. OPRACOWYWANIE I WYDAWANIE PUBLIKACJI ORAZ PROGRAMÓW EDUKACYJNYCH POPULARYZUJĄCYCH WIEDZĘ O OCHRONIE PRAW PACJENTA	39
1. Ogólnopolska kampania społeczna Rzecznika pt. „Pacjencie! Nie jesteś sam”	39
2. Ulotka informacyjna o prawach pacjenta i Biurze Rzecznika Praw Pacjenta	40
3. Konferencja „W stronę etyki. Personel medyczny–pacjent”	42
4. Inne działania edukacyjne i popularyzujące prawa pacjenta	43
5. Współpraca z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjenta.....	44

IX. WSPÓLPRACA Z ORGANAMI WŁADZY PUBLICZNEJ W CELU ZAPEWNIENIA PACJENTOM PRZESTRZEGANIA ICH PRAW, W SZCZEGÓLNOŚCI Z MINISTREM WŁAŚCIWYM DO SPRAW ZDROWIA.....48

1. Formy współpracy z Ministrem Zdrowia.....48
2. Formy współpracy z Ministrem Spraw Wewnętrznych i Administracji.....51
3. Formy współpracy z Ministrem Pracy i Polityki Społecznej.....52
4. Formy współpracy z Ministrem Sprawiedliwości52
5. Formy współpracy z Ministrem Spraw Zagranicznych52
6. Formy współpracy z Rzecznikiem Praw Obywatelskich.....53
7. Formy współpracy z Najwyższą Izbą Kontroli.....53
8. Formy współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia.....53
9. Formy współpracy z Konsultantami Wojewódzkimi w Dziedzinie Psychiatrii to m.in.:.....56
10. Formy współpracy z Konsultantem Krajowym w Dziedzinie Psychiatrii to m.in.:56
11. Formy współpracy z Państwowym Wojewódzkim Inspektorem Sanitarnym w Warszawie.57

X. PRZEDSTAWIANIE WŁAŚCIWYM ORGANOM WŁADZY PUBLICZNEJ, ORGANIZACJOM I INSTYTUCJOM ORAZ SAMORZĄDOM ZAWODÓW MEDYCZNYCH OCEN I WNIOSKÓW ZMIERZAJĄCYCH DO ZAPEWNIENIA SKUTECZNEJ OCHRONY PRAW PACJENTA57

1. Szczegółowe informacje o wystąpieniach Rzecznika i podejmowanych działaniach w celu zapewnienia skutecznej ochrony praw pacjentów, m.in.:58

XI. WSPÓLPRACA Z ORGANIZACJAMI POZARZĄDOWYMI, SPOŁECZNYMI I ZAWODOWYMI, DO KTÓRYCH CELÓW STATUTOWYCH NALEŻY OCHRONA PRAW PACJENTÓW.....61

1. Współpraca z Biurem Rzecznika Praw Osób Uzależnionych62
2. Współpraca z Okręgową Radą Pielęgniarek i Położnych w Radomiu.....62
3. Współpraca z Wydziałem Farmaceutycznym Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego63
4. Współpraca ze Związkiem Pracodawców Mazowieckie Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia64
5. Współpraca ze Związkiem Pracodawców Ochrony Zdrowia Wielkopolskie Porozumienie Zielonogórskie64
6. Współpraca z Federacją na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny.....65

**XII. ANALIZA SKARG PACJENTÓW W CELU OKREŚLENIA ZAGROŻEŃ I OBSZARÓW W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA WYMAGAJĄCYCH NAPRAWY
65**

XIII. WYKONYWANIE INNYCH ZADAŃ OKREŚLONYCH W PRZEPISACH PRAWA LUB ZLECONYCH PRZEZ PREZESA RADY MINISTRÓW 72

CZEŚĆ DRUGA SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA ART. 10A–10D USTAWY Z DNIA 19 SIERPNI 1994 R. O OCHRONIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO.....74

I. WPROWADZENIE74

II. USTAWOWE ZADANIA I UPRAWNIENIA RZECZNIKA PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO.....	75
1. Charakterystyka poszczególnych form działalności Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w 2011 r.	76
2. Relacja Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z pacjentami	80
3. Współpraca Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z rodziną pacjenta, przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym (na podstawie subiektywnej oceny Rzeczników).....	81
4. Relacja Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z dyrekcją oraz pracownikami podmiotu leczniczego	83
5. Najczęściej rejestrowane sprawy dotyczące nieprzestrzegania praw przedmiotowej grupy pacjentów	86
III. NARUSZENIA PRAW PACJENTA WYNIKAJĄCE Z USTAWY.....	87
IV. NARUSZENIA PRAW PACJENTA WYNIKAJĄCE z ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego oraz aktów wykonawczych.	92
WNIOSKI.....	99
SPIS WYKRESÓW	100
SPIS TABEL	101
SPIS RYSUNKÓW.....	101
ZAŁĄCZNIK NR 1	102
ZAŁĄCZNIK NR 2	158

WPROWADZENIE

Sprawozdanie stanowi wykonanie art. 58 *ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2012 r. poz. 159), zwanej dalej „ustawą”, zgodnie z którym Rzecznik Praw Pacjenta, zwany dalej „Rzecznikiem” przedstawia corocznie Radzie Ministrów sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Rok 2011 to drugi pełny rok działalności Rzecznika jako centralnego organu administracji rządowej właściwego w sprawach ochrony praw pacjentów, w którym skoncentrowano się na coraz szerszym korzystaniu z ustawowych kompetencji Rzecznika, wynikających z art. 47 ustawy. Konstrukcja przedkładanego dokumentu jest oparta o ustawowy zakres działań Rzecznika.

Sprawozdanie rozpoczyna **część statystyczna**, w której wskazano liczbę wniosków, które wpłynęły do Rzecznika w okresie sprawozdawczym wraz z liczbą podjętych na ich podstawie postępowań wyjaśniających w przedmiocie ustalenia naruszenia praw pacjenta oraz liczbą spraw, w których poprzestano na wskazaniu wnioskodawcy przysługujących środków prawnych i liczbą spraw niepodjętych. Na podstawie analizy rozmów z pacjentami przeprowadzonymi za pośrednictwem ogólnopolskiej infolinii Rzecznika, w sprawozdaniu wskazano obszary, w których najczęściej pacjenci zgłaszają potencjalne naruszenie praw pacjenta.

W kolejnych dwóch częściach sprawozdania przedstawiono ocenę stanu przestrzegania praw pacjenta, dokonaną na podstawie analizy podejmowanych przez Rzecznika postępowań wyjaśniających w sprawach indywidualnych oraz w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, a także wynikających z innych zadań Rzecznika określonych w art. 47 ust. 1 ustawy.

Działalność Rzecznika koncentruje się na prowadzeniu postępowań wyjaśniających w sprawach indywidualnych naruszeń praw pacjenta, podjętych na podstawie złożonego wniosku lub z własnej inicjatywy. W sprawozdaniu opisano przykładowe sprawy, w których stwierdzono naruszenie praw pacjenta. Na uwagę zasługuje fakt, że podobnie, jak w roku ubiegłym, nadal najczęściej stwierdzanym naruszeniem praw pacjenta jest naruszenie prawa do dokumentacji medycznej, o którym stanowi art. 23–30 ustawy oraz prawa do świadczeń zdrowotnych, o którym stanowi art. 6–8 ustawy. W okresie sprawozdawczym stwierdzone naruszenia dotyczyły również prawa pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych (art. 13–14 ustawy), prawa pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych (art. 15–19 ustawy) oraz prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności (art. 20–22 ustawy).

Rzecznik podejmował postępowanie z własnej inicjatywy na podstawie wiadomości co najmniej uprawdopodobniających naruszenie praw pacjenta, powziętych m.in. z doniesień medialnych lub zgłoszonych za pośrednictwem bezpłatnej, ogólnopolskiej infolinii Rzecznika.

Rzecznik nie podejmował sprawy w zasadzie wyłącznie w przypadku stwierdzenia swojej niewłaściwości – wówczas sprawę przekazywano do rozpoznania organowi właściwemu lub informowano wnioskodawcę o możliwych do podjęcia środkach prawnych.

Podkreślić w tym miejscu należy, że w przypadku wpłynięcia wniosku w przedmiocie będącym poza właściwością Rzecznika, wskazuje się wnioskodawcy możliwe do podjęcia inne **środki prawne**, głównie w zakresie możliwości wytoczenia powództwa cywilnego, wszczęcia postępowania karnego oraz możliwości wystąpienia do właściwego organu wykonującego czynności sprawdzające i wyjaśniające w sprawach odpowiedzialności zawodowej lekarzy lub pielęgniarek i położnych. Ponadto Rzecznik informował o prawach pacjenta oraz obowiązujących przepisach, w szczególności *ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.)* oraz *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.)*, a także innych przepisach z zakresu ochrony zdrowia.

Rzecznik z każdym kolejnym rokiem swojej działalności stara się coraz efektywniej korzystać z ustawowych kompetencji. W 2011 r. Rzecznik po raz pierwszy wydał postanowienia o wszczęciu postępowania administracyjnego w sprawach dotyczących praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Sprawy te dotyczyły bezprawnych, zorganizowanych działań polegających na angażowaniu pacjentów do prac porządkowych na terenie oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży. Postępowania kontynuowane były w 2012 r., w którym to roku wszczynane są kolejne postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów (w pierwszych miesiącach 2012 r. było to 29 postępowań).

Rzecznik rozpoczął również swoją **współpracę z sądami** – skierował wystąpienie do wszystkich sądów okręgowych w Polsce z informacją o posiadanych ustawowych uprawnieniach do żądania wszczęcia lub wstąpienia na każdym etapie do postępowania w sprawach cywilnych dotyczących naruszenia praw pacjenta, z urzędu lub na wniosek strony. Sądy rejonowe i okręgowe coraz częściej zawiadamiają Rzecznika o toczących się postępowaniach cywilnych. Pracownicy Biura Rzecznika brali udział w kilku rozprawach w charakterze obserwatorów. W sprawozdaniu zamieszczono opis tych spraw, którymi zainteresował się Rzecznik w 2011 r.

W 2011 r. Rzecznik szczególną uwagę poświęcił kontynuowaniu współpracy z instytucjami, organami władzy publicznej i organizacjami pozarządowymi, również na szczeblu międzynarodowym. Brał udział w formułowaniu odpowiedzi i przedkładaniu sprawozdań w instytucjach międzynarodowych, m.in. dla Specjalnego Sprawozdawcy ONZ ds. Prawa do Zdrowia, oraz Komisji Europejskiej. W zakresie omawianych działań Rzecznik podjął również istotną współpracę z Ministerstwem Sprawiedliwości. Działania te związane były z obroną przed Komitetem Praw Człowieka ONZ VI Sprawozdania Okresowego RP z realizacji postanowień Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych. Ponadto wraz z Ministerstwem Spraw Zagranicznych podjęte zostały wspólne inicjatywy w ramach przygotowań do debaty przed Komitetem Ministrów Rady Europy nt. implementacji orzeczenia Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie A. Tysiąc przeciwko Polsce oraz w zakresie skargi dotyczącej odmowy dostępu do legalnego zabiegu przerywania ciąży w Polsce złożonej do Komisji ds. Statusu Kobiet (*Working Group on Communications on the Status of Women*).

Istotnym punktem sprawozdania jest omówienie instytucji sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, uregulowanej w art. 31–32 ustawy. W 2011 r. opracowano listę lekarzy, którzy mogą być członkami Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, o której mowa w art. 32 ust. 2 ustawy. Warto podkreślić, że w okresie sprawozdawczym do Rzecznika wpłynęło 17 sprzeciwów, z czego jeden dotyczył możliwości ewentualnego przerwania ciąży, przy czym wnioskodawcą nie była pacjentka, a uzasadnieniem przerwania ciąży miała być trudna sytuacja materialna.

W 2011 r. Rzecznik powołał również wyznaczonych przez siebie członków komisji wojewódzkich ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Komisje rozpoczęły działalność z dniem 1 stycznia 2012 r., tj. z dniem wejścia w życie przepisów *ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych* (Dz. U. Nr 113, poz. 660), na mocy której w ustawie został dodany Rozdział 13a dotyczący zasad i trybu ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych.

Powołanie przez Rzecznika członków komisji wojewódzkich ds. orzekania o zdarzeniach medycznych poprzedzone zostało zorganizowaniem przez Rzecznika spotkania z wojewodami i ich przedstawicielami dotyczącego omówienia prawnych aspektów powoływania omawianych komisji oraz prawnych i etycznych zagadnień związanych z ich funkcjonowaniem. Istotnym celem spotkania było ponadto wyjaśnienie wątpliwości jakie zostały skierowane przez wojewodów do Rzecznika.

Na uwagę zasługuje również rozpoczęcie prac nad projektem nowelizacji ustawy, podjętych w szczególności w celu usunięcia wątpliwości interpretacyjnych, poszerzenia kompetencji Rzecznika oraz uregulowania w szerszym zakresie kwestii związanych z działaniem wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Z istotniejszych wystąpień Rzecznika wskazać należy wystąpienie do Ministra Zdrowia o podjęcie inicjatywy ustawodawczej w celu uregulowania możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego w sytuacjach nieobjętych *ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375).

Oddzielną część sprawozdania stanowi sprawozdanie z działalności Rzecznika Praw Pacjenta w obszarze zdrowia psychicznego. W 2011 r. stałym elementem prowadzonych przez Rzecznika postępowań w sprawach dotyczących naruszenia praw pacjentów szpitali psychiatrycznych było badanie sprawy na miejscu – pracownicy Biura Rzecznika zbadali na miejscu funkcjonowanie 22 podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w 10 województwach (dolnośląskim, opolskim, mazowieckim, wielkopolskim, pomorskim, podlaskim, śląskim, kujawsko–pomorskim, świętokrzyskim i lubuskim). W sprawozdaniu szczegółowo omówiono również działalność Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w tym realizację przez nich zadań ustawowych, określonych w art. 10a–10d *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*.

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na przesłanki uzasadniające podejmowanie przez Rzecznika na tak szeroką skalę działań w obszarze psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym podejmowanie działań

mających na celu zbadanie sprawy na miejscu. Należy zauważyć, że osoba hospitalizowana w szpitalu psychiatrycznym znajduje się w wyjątkowej sytuacji z kilku powodów. Po pierwsze z samego faktu występowania zaburzenia psychicznego, które w sposób bezpośredni sprawia, że taka osoba powinna być otoczona szczególną opieką, gdyż w niektórych przypadkach może być niezdolna do samodzielnego stanowienia o sobie lub niezdolna do samodzielnego funkcjonowania. Po drugie zaś szpital psychiatryczny ma pewne cechy instytucji totalnej, tzw. kontrolującej nie tylko zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych, lecz także potrzeb materialnych, emocjonalnych i społecznych, stąd wiele uwagi powinno być poświęcane nadzorowaniu prawidłowości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez te podmioty lecznicze. Trzecim powodem jest fakt, iż niektóre prawa pacjenta hospitalizowanego w szpitalu psychiatrycznym są ograniczone ze względu na specyfikę tego rodzaju podmiotów. Dotyczy to w szczególności sytuacji, które związane są z udzielaniem świadczeń zdrowotnych osobom, których stan zdrowia nie pozwala lub poważnie zakłóca prawidłowe ich funkcjonowanie lub zdolność do stanowienia o sobie. Dotyczy to m.in. dopuszczenia w określonych sytuacjach możliwości przyjęcia osoby bez jej zgody do szpitala psychiatrycznego (często postrzegane jako przymusowa hospitalizacja), możliwość wykonania badania psychiatrycznego bez zgody pacjenta lub dopuszczenie zastosowania – w ściśle określonych przypadkach – środków przymusu bezpośredniego. Mając powyższe na uwadze, sytuacja pacjentów korzystających w trybie stacjonarnym ze świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień powinna być przedmiotem szczególnego zainteresowania i nadzoru.

Ponadto, w okresie sprawozdawczym do Rzecznika wpływały sygnały dotyczące m.in. złego stanu sanitarnego pomieszczeń i urządzeń oraz złego stanu technicznego budynków szpitali psychiatrycznych. Z uwagi na powyższe, Rzecznik wystąpił z inicjatywą ogólnopolskich kontroli do Komendanta Państwowej Straży Pożarnej, Głównego Inspektora Sanitarnego oraz Głównego Inspektora Nadzoru Budowlanego, w celu podjęcia ustawowo przewidzianych działań przez te podmioty.

Część pierwsza

DZIAŁANIA RZECZNIKA PRAW PACJENTA PODEJMOWANE W CELU REALIZACJI USTAWOWYCH ZADAŃ

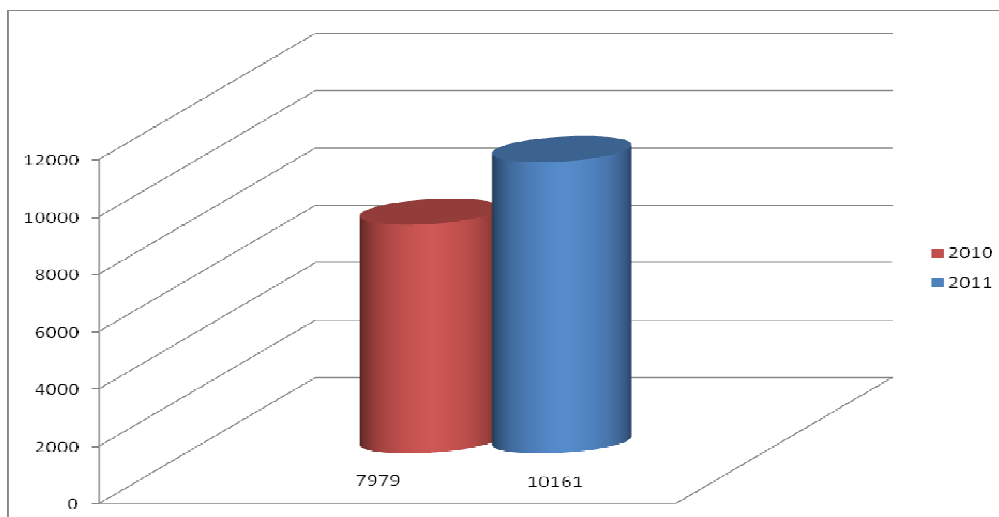
I. INFORMACJE OGÓLNE

Zgodnie z art. 47 ust. 1 ustawy do zakresu działania Rzecznika należy:

- 1) prowadzenie postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów;
- 2) prowadzenie postępowań w trybie art. 50–53, zwanych „postępowaniami wyjaśniającymi”;
- 3) w sprawach cywilnych wykonywanie zadań określonych w art. 55;
- 4) opracowywanie i przedkładanie Radzie Ministrów projektów aktów prawnych dotyczących ochrony praw pacjenta;
- 5) występowanie do właściwych organów z wnioskami o podjęcie inicjatywy ustawodawczej bądź o wydanie lub zmianę aktów prawnych w zakresie ochrony praw pacjenta;
- 6) opracowywanie i wydawanie publikacji oraz programów edukacyjnych popularyzujących wiedzę o ochronie praw pacjenta;
- 7) współpraca z organami władzy publicznej w celu zapewnienia pacjentom przestrzegania ich praw, w szczególności z ministrem właściwym do spraw zdrowia;
- 8) przedstawianie właściwym organom władzy publicznej, organizacjom i instytucjom oraz samorządom zawodów medycznych ocen i wniosków zmierzających do zapewnienia skutecznej ochrony praw pacjenta;
- 9) współpraca z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjenta;
- 10) analiza skarg pacjentów w celu określenia zagrożeń i obszarów w systemie ochrony zdrowia wymagających naprawy;
- 11) wykonywanie innych zadań określonych w przepisach prawa lub zleconych przez Prezesa Rady Ministrów.

Mając na uwadze przedstawiony katalog zadań Rzecznika, niniejsze Sprawozdanie będzie wskazywało sposób ich realizacji wraz ze wskazaniem przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

W 2011 r. skierowano do Rzecznika 10 161 pism, w których pacjenci i ich bliscy oraz instytucje związane z ochroną praw pacjenta informowali o sprawach związanych z *ustawą, ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375, z późn. zm.)* oraz *ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*.



Wykres 1 Liczba pism kierowanych do Rzecznika w roku 2010 oraz w roku 2011

Do ustawowych obowiązków Rzecznika należy zapoznanie się z każdym kierowanym do niego wnioskiem. Wniosek skierowany do Rzecznika, zgodnie z art. 51, może spowodować:

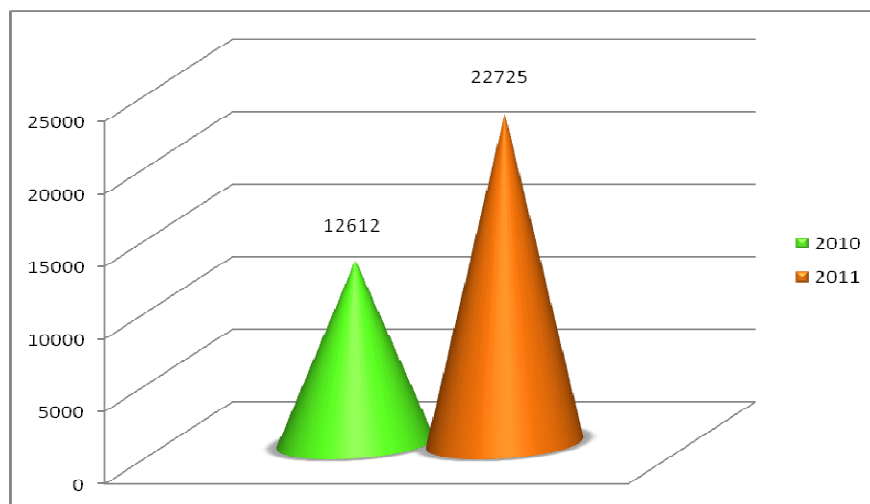
- 1) wszczęcie postępowania wyjaśniającego – podjęcie sprawy;
- 2) wskazanie wnioskodawcy przysługujących mu lub pacjentowi środków prawnych;
- 3) przekazanie sprawy zgodnie z właściwością;
- 4) niepodjęcie sprawy przez Rzecznika.

Ponadto Rzecznik może wszcząć postępowanie wyjaśniające także z własnej inicjatywy, zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy, biorąc pod uwagę w szczególności uzyskane informacje co najmniej uprawdopodobniające naruszenie prawa pacjenta.

Rzecznik w celu dotarcia do jak największej liczby osób przyjmuje nie tylko zgłoszenia pisemne, ale także przeprowadza rozmowy telefoniczne. **Ogólnopolska bezpłatna infolinia** o numerze: **800-190-590** jest czynna od poniedziałku do piątku w godz. 9.00–21.00.

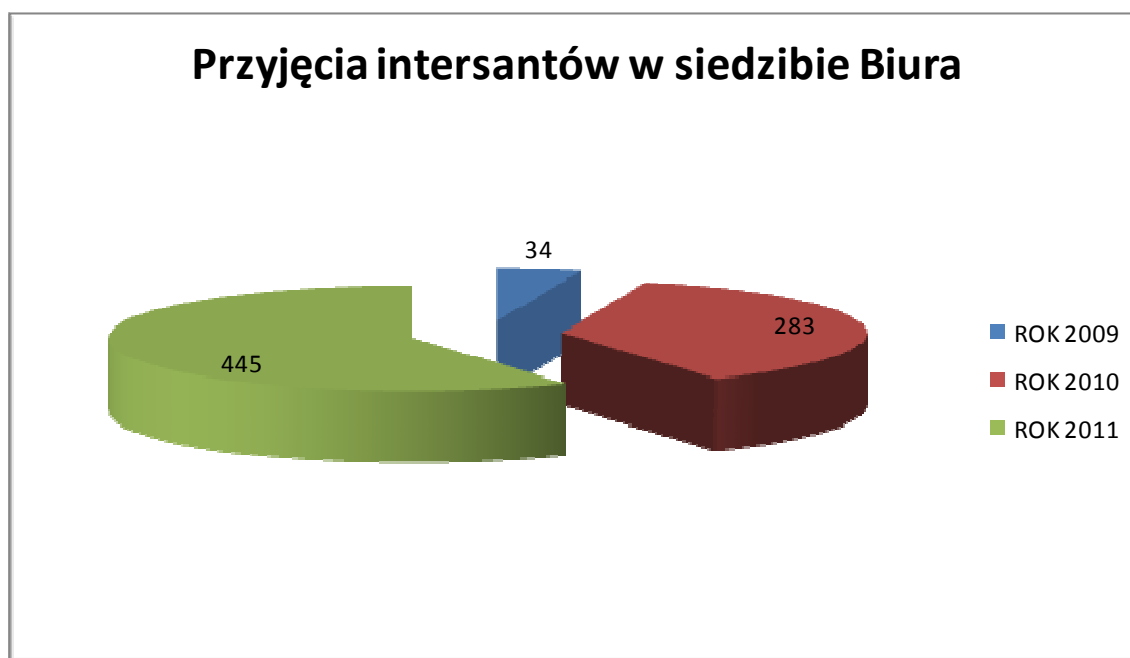
Infolinia stanowi narzędzie działań informacyjno-edukacyjnych Rzecznika oraz służy analizie skarg pacjentów w celu określenia zagrożeń i obszarów w systemie ochrony zdrowia wymagających naprawy. Umożliwia ona najpełniejszą diagnozę zgłaszanych sygnałów, a także udzielanie stosownych wyjaśnień i porad. Szczegółowe informacje w tym zakresie znajdują się na str. 68 Sprawozdania.

W 2011 r. w Biurze Rzecznika zarejestrowano 22 725 przeprowadzonych rozmów telefonicznych.



Wykres 2 Liczba rozmów telefonicznych przeprowadzonych w Biurze Rzecznika w roku 2010 oraz w roku 2011

Do Biura Rzecznika każdy obywatel może zgłosić się również osobiście w siedzibie Biura w godzinach od 9.00–15.00. W każdy poniedziałek od godz. 15.00–17.00 interesanci (po wcześniejszym ustaleniu z Biurem) mogą spotkać się bezpośrednio z Rzecznikiem lub jego Zastępcą. W 2011 r. zgłosiło się do Biura 445 osób. Problematyka spraw poruszana podczas spotkań dotyczyła wielu kategorii. Jeśli osoba zgłaszająca złożyła wniosek o przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego, Rzecznik podejmował sprawę.



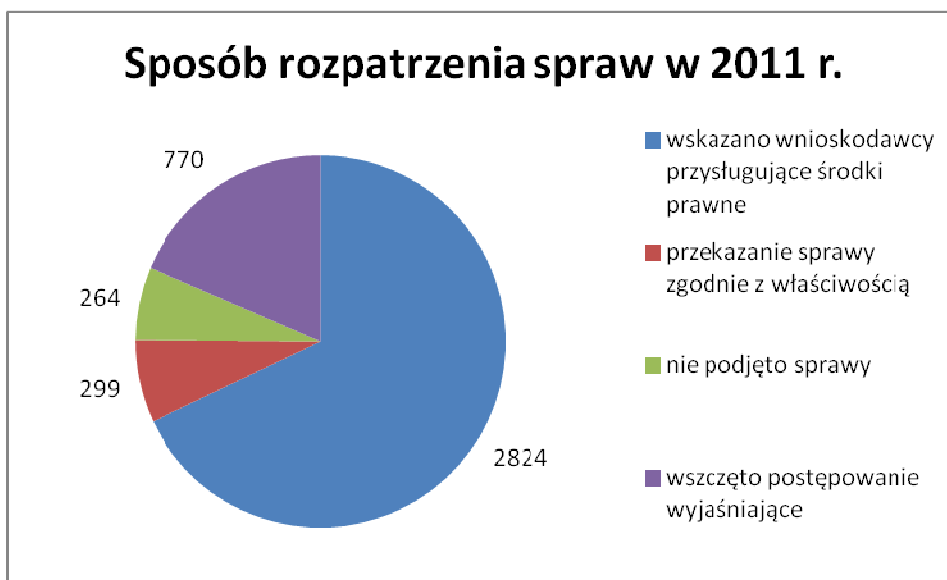
Wykres 3 Liczba osób przyjętych w Biurze Rzecznika w roku 2009, 2010 oraz 2011

II. SPOSÓB ROZPATRZENIA WNIOSKÓW KIEROWANYCH DO RZECZNIKA PRAW PACJENTA

W okresie objętym Sprawozdaniem zostało rozpatrzonych 10 161 pism, z których 4 157 były pismami inicjującymi nowe sprawy i zostały podjęte do prowadzenia w trybie ustawy (patrz tabela poniżej).

Sposób rozpatrzenia sprawy	Liczba spraw
Art. 51 pkt 1 (podjęcie sprawy na wniosek)	770
Art. 51 pkt 2 (wskazanie przysługujących środków prawnych)	2824
Art. 51 pkt 3 (przekazanie według właściwości)	299
Art. 51 pkt 3 (niepodjęcie sprawy)	264
Razem	4157

Tabela 1 Liczba spraw podjętych w 2011 r. przez Rzecznika w trybie art. 51 ustawy.



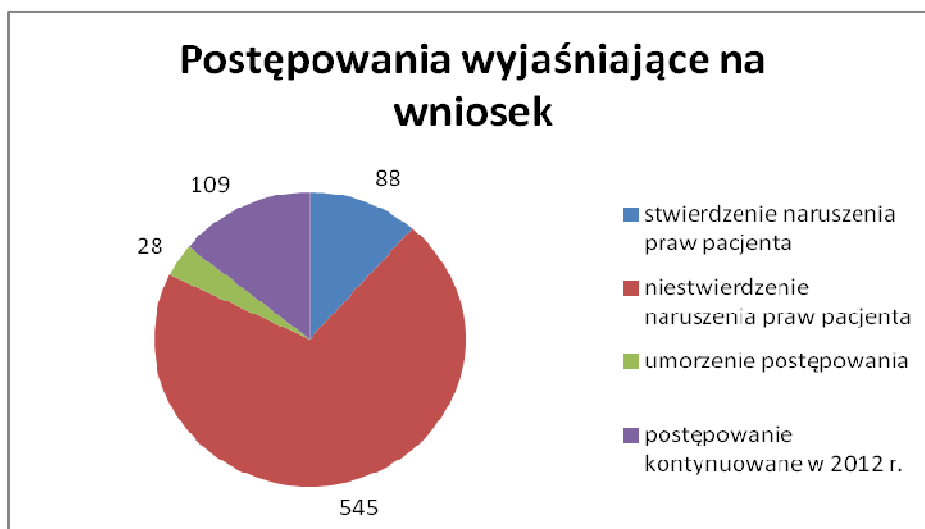
Wykres 4 Liczba spraw podjętych w 2011 r. przez Rzecznika w trybie art. 51 ustawy

W 2011 r. wszczętych zostało 839 postępowań wyjaśniających, w tym:

- 1) 770 wszczętych na podstawie pisemnych i osobistych wniosków pacjentów lub osób działających w ich imieniu;
- 2) 69 wszczętych z własnej inicjatywy Rzecznika w związku z m. in. informacjami pochodzącymi ze środków masowego przekazu, zgłoszeń przekazywanych za pośrednictwem ogólnopolskiej bezpłatnej infolinii.

Szczegółowe dane dotyczące postępowań wyjaśniających:

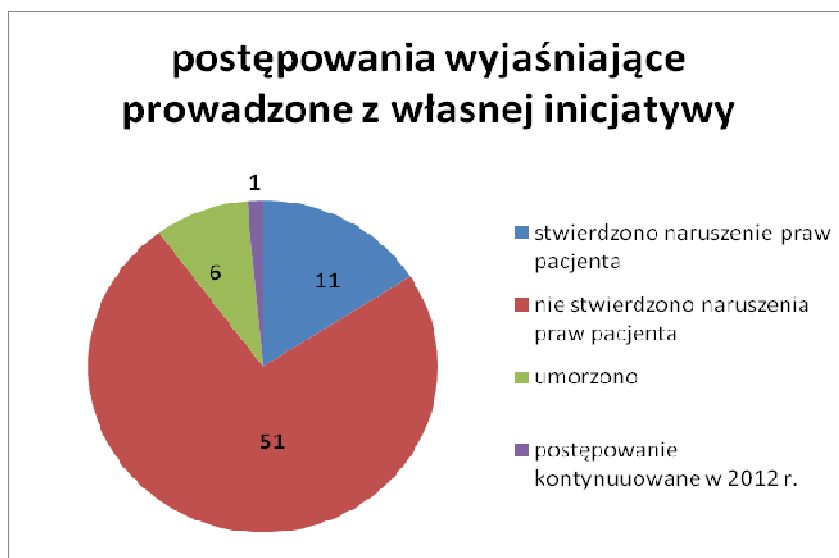
- 1) 770 wszczętych na podstawie wniosków, z tego:
 - a) w 88 postępowaniach stwierdzono naruszenie praw pacjenta;
 - b) w 545 postępowaniach nie stwierdzono naruszenia praw pacjenta;
 - c) 28 postępowań umorzono;
 - d) 109 wszczęto w 2011 r. i kontynuowano w 2012 r.
- 2) 69 wszczętych z własnej inicjatywy Rzecznika, z tego:
 - a) w 11 postępowaniach stwierdzono naruszenie praw pacjenta;
 - b) w 51 sprawach nie stwierdzono naruszeń praw pacjenta;
 - c) 6 umorzono;
 - d) 1 jest kontynuowane w 2012 r.



Wykres 5 Postępowania wyjaśniające na wniosek prowadzone przez Rzecznika w 2011 r. wraz ze wskazaniem sposobu ich zakończenia

Dane do 69 wszczętych z własnej inicjatywy Rzecznika, z tego:

- 1) w 11 postępowaniach stwierdzono naruszenie praw pacjenta;
- 2) w 51 sprawach nie stwierdzono naruszeń praw pacjenta;
- 3) 6 umorzono;
- 4) 1 jest kontynuowana w 2012 r.



Wykres 6 Postępowania wyjaśniające prowadzone z własnej inicjatywy Rzecznika w 2011 r. wraz ze wskazaniem sposobu ich zakończenia

Szczegółowe zestawienie spraw przekazywanych zgodnie z właściwością:

- 1) 88 – okręgowe inspektoraty Służby Więziennej;
- 2) 43 – samorządy zawodów medycznych;
- 3) 93 – jednostki Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 4) 44 – Ministerstwo Zdrowia;
- 5) 6 – Zakład Ubezpieczeń Społecznych;
- 6) 25 – pozostałe (w tym: 9 do Głównego Inspektora Sanitarnego, 3 do Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, 2 do Rzecznika Ubezpieczonych, 2 do urzędu wojewódzkiego, 2 do sądów okręgowych, 1 do Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, 1 do Rzecznika Konsumentów, 1 do Konsula Generalnego (Vancouver), 1 do zarządu budynków komunalnych, 1 do Stowarzyszenia Przeciwko Zbrodni im. J. Brzozowskiej, 1 do prokuratury okręgowej, 1 do Wojewody Lubuskiego).

W tym miejscu należy wyjaśnić, że obowiązkiem organów administracji publicznej, w tym Rzecznika, jest przestrzeganie ustawowego zakresu swoich kompetencji (właściwości rzeczowej). Sprawy nienależące do właściwości Rzecznika były przekazywane właściwym organom. Głównymi przyczynami przekazania spraw zgodnie z właściwością były: skargi na warunki odbywania kary pozbawienia wolności; skargi formułowane wobec konkretnych lekarzy z wnioskami o pociągnięcie ich do odpowiedzialności

zawodowej w związku z niewłaściwym postępowaniem diagnostyczno–lecniczym i zarzutami nieprzestrzegania etyki zawodowej, skargi dotyczące szczepień ochronnych, sprawy związane z refundacją sprzętu ortopedycznego i środków pomocniczych.

Rzecznik nie podjął 264 spraw, z uwagi na braki formalne (polegające m.in. na niewskazaniu danych pacjenta lub danych podmiotu leczniczego, sporządzeniu wniosku w sposób nieczytelny).

III. POSTĘPOWANIA WYJAŚNIAJĄCE

1. Informacje ogólne

Postępowanie wyjaśniające w przedmiocie ustalenia naruszenia praw pacjenta zostało uregulowane w art. 50–53 ustawy.

Postępowanie wyjaśniające z reguły wszczynane jest na wniosek uprawdopodobniający naruszenie praw pacjenta. Może być również wszczęte z własnej inicjatywy Rzecznika na podstawie art. 50 ust. 3 ustawy, zgodnie z którym, Rzecznik ma prawo, w sytuacji powzięcia informacji co najmniej uprawdopodobniającej naruszenie praw pacjenta, wszcząć postępowanie z własnej inicjatywy. Dzieje się tak wówczas, gdy do Rzecznika nie wpływa żaden wniosek, jednak np. za pomocą środków masowego przekazu, uprawdopodobnione zostało naruszenie praw pacjenta.

Przepisy nie przewidują dla wniosku żadnej szczególnej formy, są jednak pewne elementy, wskazane w art. 50 ustawy, stanowiące wymagania formalne wniosku, które powinien on zawierać, tj. wskazanie wnioskodawcy, oznaczenie pacjenta, którego sprawa dotyczy oraz opis stanu faktycznego uprawdopodobniającego naruszenie praw pacjenta.

Na podstawie art. 51 pkt 1 ustawy, Rzecznik po zapoznaniu się ze skierowanym do niego wnioskiem, może podjąć sprawę i wszcząć postępowanie wyjaśniające w sprawie ustalenia naruszenia praw pacjenta.

Do etapów postępowania wyjaśniającego prowadzonego przez Rzecznika zaliczamy:

- 1) wszczęcie postępowania,
- 2) postępowanie dowodowe,
- 3) poinformowanie strony, na podstawie art. 10 *Kodeksu postępowania administracyjnego*, o możliwości odniesienia się co do zebranego materiału dowodowego przed wydaniem rozstrzygnięcia w sprawie,
- 4) rozstrzygnięcie merytoryczne w sprawie kończące postępowanie wraz z pouczeniem o prawie złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy.

2. Wnioski o ponowne rozpatrzenie sprawy

W 2011 r. do Rzecznika wpłynęło 21 wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy. Spośród nich, 9 uznano za spełniające wymogi formalne, 2 złożone wnioski nie spełniały wymagań formalnych –

pierwszy z nich został złożony po upływie terminu, natomiast drugi dotyczył sprawy, która była już przedmiotem ponownego rozpatrzenia. We wszystkich 9 sprawach rozstrzygnięcie zostało utrzymane w mocy.

3. Opis przykładowych stwierdzeń naruszeń praw pacjenta

1) Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej – art. 23–30 ustawy

- a) przekazanie przez pielęgniarkę w siedzibie świadczeniodawcy dokumentacji medycznej pacjenta przedstawicielowi firmy farmaceutycznej. Na podstawie zgromadzonego materiału dowodowego stwierdzono naruszenie art. 24 ust. 1 ustawy, zgodnie z którym, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w ustawie oraz zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji. Mając na uwadze postawę świadczeniodawcy, który podjął czynności naprawcze zmierzające do zapobiegania tego typu sytuacjom w przyszłości oraz przeprosił pacjenta, którego ta sytuacja dotyczyła – odstąpiono od formułowania zaleceń i wniosków o pociągnięcie do odpowiedzialności zawodowej i służbowej;
- b) przedstawicielowi ustawowemu – jednemu z rodziców małoletniego pacjenta – odmówiono udostępniania kserokopii dokumentacji medycznej, ponieważ matka zastrzegła, że nie wyraża zgody na jej udostępnienie ojcu dziecka. Rzecznik w opisywanej sprawie wystąpił do sądu okręgowego z zapytaniem, czy ojciec dziecka ma ograniczone prawa rodzicielskie, a jeśli tak, to w jakim zakresie. Ojciec nie został pozbawiony władzy rodzicielskiej i zgodnie z ustawą miał prawo do dokumentacji medycznej małoletniego. Mając to na uwadze Rzecznik stwierdził naruszenie prawa pacjenta, w wyniku podjętych działań, świadczeniodawca wprowadził akty wewnętrzne, których postanowienia w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej zgodne są z ustawą;
- c) osobie upoważnionej przez pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej po jego śmierci (na podstawie złożonego oświadczenia woli na formularzu szpitala) nie udostępniono dokumentacji zbiorczej (tj. odnoszącej się do ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych), argumentując, iż udostępnienie dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta nie może naruszać praw innych pacjentów. Rzecznik, stwierdzając naruszenie, w swoim wystąpieniu zalecił sporządzenie stosownych wyciągów lub odpisów z dokumentacji zbiorczej w zakresie danych i informacji dotyczących pacjentki. Szpital uznając stanowisko Rzecznika przekazał dokumentację medyczną zmarłej pacjentki osobie upoważnionej;

- d) pacjentowi odmówiono udostępnienia oryginałów dokumentacji medycznej. Dyrektor szpitala jako podstawę odmowy wskazała, iż wydanie dokumentacji medycznej w oryginale za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu odnosi się do organów i instytucji. W toku prowadzonego postępowania, w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia, wypracowana została jednolita interpretacja art. 27 pkt 3 ustawy, zgodnie z którą, wyrażenie „uprawniony organ i podmiot” dotyczy wszystkich organów i podmiotów wymienionych w art. 26 ustawy, w tym pacjenta, przedstawiciela ustawowego pacjenta oraz osoby upoważnionej przez pacjenta;
- e) wydanie przez lekarza psychiatrę (prowadzącego indywidualną specjalistyczną praktykę) zaświadczenia lekarskiego osobom nieuprawnionym. Ponadto, ww. zaświadczenie zostało wydane bez przeprowadzenia osobistego badania i bez zgody pacjentki, a następnie wykorzystane w nieuprawniony sposób;
- f) stwierdzone przez Rzecznika nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej związane z naruszeniem przepisów *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej i zakresu jej przetwarzania* (Dz. U. Nr 252, poz. 1697) polegały na:
 - wpisach dokonywanych w sposób nieczytelny, bez zachowania porządku chronologicznego, braku autoryzacji dokonywanych wpisów,
 - wystawianiu dwóch różnie brzmiących egzemplarzy kart informacyjnych z leczenia szpitalnego z tego samego okresu pobytu pacjenta w szpitalu,
 - zamieszczaniu w kartach informacyjnych z leczenia szpitalnego informacji o wykonanych badaniach, zabiegach, które faktycznie nie miały miejsca,
 - braku oświadczeń pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia; oświadczenia o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia.

2) Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych – art. 6–8 ustawy

- a) u dwuletniego dziecka wykonano procedurę medyczną rozdzielania warg sromowych mniejszych bez znieczulenia. Przedstawiciele ustawowi małoletniego nie zostali poinformowani o przystąpieniu do zabiegu, ani też o tym, że będzie on bolesny i związany z traumatycznymi przeżyciami;

- b) w opisanym powyżej przypadku stwierdzono również brak umożliwienia pacjentom zadeklarowanym u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej możliwości zapisania się na dowolnie wybrany termin;
- c) lekarz odstąpił od wykonania zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego po złamaniu kości udowej – myśląc, że pacjentka nie chodzi w związku z jej chorobą zasadniczą (stwardnienie rozsiane) i wobec tego za bezcelowe uznał operowanie złamanej kończyny. Powodem, dla którego pacjentka nie chodziła, była złamana kończyna, a nie choroba zasadnicza (SM). Stwierdzając naruszenie prawa pacjenta zalecono udzielenie odpowiednich pouczeń lekarzom Oddziału Chirurgii Urazowo–Ortopedycznej w zakresie odpowiedzialności prawnej i zawodowej za udzielanie świadczeń zdrowotnych z nienależytą starannością oraz konieczności rzetelnego zbierania wywiadu od pacjenta. Świadczeniodawca przeprowadził wcześniej zaplanowany zabieg u pacjentki, tj. endoprotezoplastykę stawu biodrowego po złamaniu kości udowej;
- d) pacjentka w wyniku zabiegu w komorze kriogenicznej doznała odmrożeń II stopnia obu kończyn górnych. Powyższe zdarzenie było następstwem niezałożenia rękawiczek przed skorzystaniem z komory. W związku z powyższym oraz z uwagi na powikłania będące następstwem działania niskich temperatur, w ocenie Rzecznika obowiązek personelu nie może ograniczać się jedynie do przypomnienia pacjentowi o sposobie korzystania z kriokomory. Personel powinien również sprawdzić, czy pacjent zastosował się do zaleceń, a w przypadku ich niewykonania, wyegzekwować od pacjenta ich spełnienie. Niedopełnienie tegoż obowiązku przez personel medyczny skutkowało powstaniem odmrożeń kończyn;
- e) podczas interwencji pogotowia ratunkowego, lekarz wystawił skierowanie do szpitala psychiatrycznego bez przeprowadzenia osobistego badania;
- f) nieprzeprowadzenie przez personel pielęgniarski profilaktyki przeciwoleżynowej u pacjenta;
- g) zastosowanie środka przymusu bezpośredniego w celach punitywnych, tj. w celu ukarania.

3) Prawo pacjenta do informacji – art. 9–12 ustawy

- a) bez zgody pacjenta podczas badania ginekologicznego obecne były osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczenia zdrowotnego. Obecność tych osób podczas wykonania świadczenia nie była niezbędna zdaniem pacjenta i nie wykonywały one żadnych czynności związanych z badaniem. Po stwierdzeniu przez Rzecznika naruszenia prawa pacjenta do informacji podmiot prowadzący działalność leczniczą wprowadził procedurę (formularz) udzielania przez pacjenta zgody na udział w badaniu osób innych niż udzielające świadczeń zdrowotnych;

- b) pacjentka skierowana do hospitalizacji w celu usunięcia torbieli z jajnika. Podczas zabiegu operacyjnego zdecydowano o usunięciu obu jajników bez zgody chorej. W formularzu „informacji dla pacjentki oraz formularzu świadomej zgody na przeprowadzenie leczenia operacyjnego” brak jest informacji o możliwości poszerzenia zakresu zabiegu operacyjnego – usunięcia cysty jajnika lewego do rozmiaru całkowitego usunięcia obu jajników, przy czym wskazać należy, iż lekarz operujący pacjentkę powinien przewidzieć, że stopień zmian degeneracyjnych lewego jajnika może uniemożliwiać resekcję częściową. Pacjentka nie została poinformowana w sposób wyczerpujący, adekwatnie do wiedzy posiadanej przez opiekującego się pacjentką lekarza;
- c) mały pacjent przyjęty do szpitala z powodu niewydolności oddechowo-kръżeniowej. W chwili przyjęcia stan dziecka był ciężki i systematycznie się pogarszał, zaś kontynuowanie leczenia nosiłoby znamiona uporczywej terapii. Pacjent zmarł. Podczas jego hospitalizacji, rodzicom nie została zapewniona możliwość uzyskania pełnej informacji o stanie zdrowia ich syna. Lekarzom sprawującym nad małym pacjentem opiekę udzieliły się negatywne emocje, wyrażające się w szczególności w używaniu mocniejszego tonu głosu wobec rodziców i zbyt ostrych reakcjach. Stwierdzając naruszenie prawa pacjenta, Rzecznik zalecił przeprowadzenie szkoleń w zakresie kontroli emocji i opanowywania stresu przez personel medyczny oraz wprowadzenie zmian w systemie pracy szpitala.

4) Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta – art. 20–22

- a) podczas badania pacjentki w gabinecie oprócz pacjentki i lekarza znajdowały się inne osoby (w tym mężczyzna w cywilnym ubraniu, z którym lekarz prowadził rozmowę dotyczącą zabezpieczenia aparatury). Rzecznik wystąpił do dyrektora szpitala z wnioskiem o podjęcie działań dyscyplinujących wobec lekarza, który dopuścił się naruszenia. Świadczeniodawca nie podzielił stanowiska Rzecznika, wobec czego Rzecznik wystąpił do organu nadrzędnego w trybie art. 53 ust. 4 zdanie drugie ustawy o zastosowanie środków przewidzianych w przepisach prawa;
- b) mała pacjentka (lat 10) podczas pierwszorazowej hospitalizacji w Oddziale Psychiatrii Dziecięcej doznała fizycznych obrażeń, takich jak: pourazowa rana na udzie, liczne stłuczenia i siniaki na ciele ograniczające sprawność ruchową w wyniku przemocy fizycznej (w tym molestowanie seksualne) przez innych pacjentów (16 i 17 lat);
- c) angażowano pacjentów do prac porządkowych, takich jak: mycie podłóg, sprzątanie punktów newralgicznych (łazienki, toalety, kuchenki), noszenie pojemników z brudną

bielizną, koszy ze odpadami, pojemników z gorącym posiłkiem, sprzątanie terenu szpitala;

- d) ograniczona możliwość korzystania z pomieszczeń sanitarnych przez udostępnianie ich w wyznaczonych porach.

5) Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego – art. 33–35

- a) rozmowa telefoniczna pacjenta prowadzona w obecności personelu medycznego (w tym z określeniem limitu czasowego). Podczas wizyty osoby bliskiej obecny był personel. Wprowadzony zakaz (ograniczenie) możliwości kontaktowania się osoby bliskiej z pacjentem;
- b) ograniczenie pacjentowi kontaktu telefonicznego z pracownikiem Biura Rzecznika Praw Pacjenta (przerwanie rozmowy w trakcie jej prowadzenia).

W opisanych wyżej przypadkach, w których Rzecznik stwierdził naruszenie praw pacjenta, podjęte zostały poniżej przedstawione działania:

- 1) wystąpienia do dyrektorów podmiotów leczniczych o wdrożenie działań naprawczych, skutkujące m.in. opracowaniem nowych procedur, zmianą regulaminów wewnętrznych, szkoleniami personelu medycznego, działaniami dyscyplinarnymi wobec personelu (art. 53 ust. 4 w zw. z art. 53 ust. 1 pkt 2 ustawy);
- 2) zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia czynu zabronionego kierowane do organów ścigania m.in. o niepokojących działaniach mogących wskazywać na zaniedbania świadczeniodawcy wobec hospitalizowanych pacjentów oraz niedopełnienie obowiązków służbowych przez personel (art. 52 ust. 2 pkt 3 ustawy);
- 3) wystąpienia do organów założycielskich informujące o nieprawidłowościach w funkcjonowaniu podmiotów leczniczych, w tym z wnioskami o podjęcie działań zgodnie z kompetencjami nadzorczymi (art. 52 ust. 2 pkt 2 ustawy);
- 4) wystąpienia do właściwych konsultantów, w tym m.in. do Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Psychiatrii, Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekle Chorych i Niepełnosprawnych; Wojewódzkich Konsultantów w Dziedzinie Psychiatrii – art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.);
- 5) informowanie pacjentów, opiekunów prawnych, przedstawicieli ustawowych o przysługujących im prawach, w tym o możliwości i trybie dochodzenia roszczeń cywilnych (art. 51 pkt 2 ustawy);

- 6) w sprawach wymagających wyjaśnienia, Rzecznik zwracał się o podjęcie działań zgodnie z kompetencjami do policji, prokuratury i sądów.

4. Postępowania wyjaśniające, w których sprawa była badana na miejscu (uszczegółowienie w Załączniku nr 1).

Badanie spraw na miejscu w 2011 r. uczyniono stałym i nieodłącznym elementem czynności podejmowanych przez Rzecznika w procesie eliminowania naruszeń praw pacjenta w odniesieniu do niepokojących sygnałów indywidualnych bądź medialnych, dotyczących przede wszystkim podmiotów leczniczych sprawujących całodobową opiekę psychiatryczną oraz podmiotów leczniczych sprawujących całodobową opiekę medyczną.

1) Podmioty lecznicze sprawujące całodobową opiekę psychiatryczną

Biorąc pod uwagę, iż osoby przebywające w szpitalach psychiatrycznych wymagają szczególnej pomocy i wsparcia, wprowadzono praktykę, zgodnie z którą wszystkie przypadki i sygnały budzące szczególnie uzasadniony niepokój (uprawdopodobniające naruszenie praw pacjenta) stały się podstawą do zbadania sprawy na miejscu.

Praktyka pokazała, że tego typu działania systemowe o charakterze „wąskim” – tak w nauce przedmiotu określa się działania kontrolne i quasi-kontrolne – są znacznie skuteczniejszym narzędziem w eliminowaniu nieprawidłowości, niż działania ukierunkowane *stricte* indywidualnie.

W 2011 r. pracownicy Biura Rzecznika zbadali na miejscu funkcjonowanie 22 placówek leczniczych o charakterze psychiatrycznym w 10 województwach (dolnośląskim, opolskim, mazowieckim, wielkopolskim, pomorskim, podlaskim, śląskim, kujawsko-pomorskim, świętokrzyskim i lubuskim).

W zamieszczonej poniżej tabeli wyszczególniono skontrolowane placówki lecznicze, w tym zakres przeprowadzonej kontroli oraz stwierdzone naruszenia praw pacjenta. Wyniki kontroli, zalecenia oraz działania podjęte przez Rzecznika Praw Pacjenta w związku z przeprowadzonymi kontrolami przedstawiono w załączniku nr 1 do sprawozdania, który zawiera m.in. zakres podjętych działań przez świadczeniodawców.

Tabela 2 Skontrolowane podmioty lecznicze w 2011 r.

Lp.	PLACÓWKA	ZAKRES KONTROLI	NARUSZENIA PRAW PACJENTA (wynikających z ustawy oraz przepisów odrębnych)
1	Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu	Przestrzeganie praw pacjenta	Art. 8 ustawy Art. 6 ustawy

			Art. 9 ustawy Art. 20 ustawy Art. 33 ustawy
2	Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Branicach	Przestrzeganie praw pacjenta	Brak
3	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Mazowieckie Centrum Neurorehabilitacji i Psychiatrii w Zagórzcu – filia w Józefowie: Oddział Psychiatrii Dziecięcej Nr 1 Szpital w Józefowie	Przestrzeganie praw pacjenta	Brak
4	Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach	Przestrzeganie praw pacjenta	Art. 8 ustawy Art. 20 ustawy
5	Wojewódzkie Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim	Przestrzeganie praw pacjenta	Art. 6 ustawy Art. 8 ustawy Art. 20 ustawy
6	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych „Dziekanka” im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie	Przestrzeganie praw pacjenta	Art. 8 ustawy Art. 20 ustawy
7	Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. St. Kryzana w Starogardzie Gdańskim	Przestrzeganie praw pacjenta	Art. 8 ustawy Art. 20 ustawy Art. 9 ust. 1 i 2 ustawy
8	Samodzielny Publiczny Zakład Opiekuńczo–Lecznicy dla Dzieci i Młodzieży w Bacikach Średnich	Przestrzeganie praw pacjenta	Art. 8 ustawy Art. 20 ustawy
9	Centrum Psychiatrii w Katowicach	Przestrzeganie praw pacjenta	Art. 6 ust. 2 ustawy Art. 8 ustawy Art. 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
10	Wojewódzki Ośrodek Leczenia Psychiatrycznego w Toruniu	Przestrzeganie praw pacjenta	Brak
11	Zakład Opiekuńczo–Lecznicy w Pińczowie	Przestrzeganie praw pacjenta	Brak
12	Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy	Przestrzeganie praw pacjenta	Art. 8 ustawy Art. 24 ust. 1 ustawy
13	Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Międzyrzeczu	Przestrzeganie praw pacjenta	Art. 8 ustawy Art. 20 ust. 1 ustawy
14	Samodzielny Wojewódzki Publiczny Zespół Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. Barbary Borzym w Radomiu	Przestrzeganie praw pacjenta	Art. 8 ustawy Art. 21 ust. 1 w zw. z art. 33 ustawy Art. 23 ustawy Art. 26 ust. 1 ustawy Art. 16 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
15	Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego Sp. z	Przestrzeganie	Art. 8 ustawy

	o.o. we Wrocławiu	praw pacjenta	Art. 20 ust. 1 ustawy
16	Szpital Wolski im. dr A. Gostyńskiej Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie	Przestrzeganie praw pacjenta określonych w art. 11 ustawy	Brak
17	Klinika Psychiatrii i Stresu Bojowego Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Obrony Narodowej w Warszawie	Przestrzeganie praw pacjenta określonych w art. 11 ustawy	Art. 11 ustawy
18	Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie	Przestrzeganie praw pacjenta określonych w art. 11 ustawy	Brak
19	Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie	Przestrzeganie praw pacjenta określonych w art. 11 ustawy	Brak
20	Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny w Warszawie	Przestrzeganie praw pacjenta określonych w art. 11 ustawy	Art. 11 ustawy
21	Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie	Przestrzeganie praw pacjenta określonych w art. 11 ustawy	Brak
22	Szpital Bielański im. ks. J. Popiełuszki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie	Przestrzeganie praw pacjenta określonych w art. 11 ustawy	Brak

Rzecznik podjął decyzję odnośnie zbadania sprawy na miejscu wobec 22 podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w 10 województwach (z czego: 3 w woj. dolnośląskim, 1 w woj. lubuskim, 1 w woj. podlaskim, 1 w woj. śląskim, 2 w woj. świętokrzyskim, 9 w woj. mazowieckim, 1 w woj. wielkopolskim, 2 w woj. opolskim, 1 w woj. kujawsko-pomorskim, 1 w woj. pomorskim).

Spośród 22 przeprowadzonych przez Rzecznika „kontroli”, 3 przeprowadzono wspólnie z Ministerstwem Zdrowia.

W 7 podmiotach, działania Rzecznika dotyczyły wyłącznie zbadania przestrzegania ustawy w zakresie prawa pacjenta do informacji, określonego w art. 11 ustawy. Wszystkie skontrolowane w tym zakresie podmioty lecznicze znajdowały się na terenie województwa mazowieckiego. W 4 przypadkach

nie stwierdzono naruszenia w powyższym zakresie, zaś w 3 przypadkach stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji (art. 11 ustawy), tym samym wystąpiono do świadczeniodawców o wprowadzenie działań naprawczych (tj. udostępnienie informacji o prawach pacjenta oraz możliwości kontaktu z Rzecznikiem w miejscu ogólnodostępnym dla pacjenta).

W 8 przypadkach nie stwierdzono naruszenia praw pacjenta – z czego w 3 przypadkach wskazano na nieznaczące uchybienia, niemające wpływu na funkcjonowanie placówki. Natomiast w 14 szpitalach psychiatrycznych lub oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych stwierdzono naruszenie praw pacjenta, tym samym Rzecznik podejmował działania adekwatne do zakresu stwierdzonych nieprawidłowości, polegające m.in. na:

- 1) wystąpieniu do dyrektora podmiotu, w którym stwierdzono naruszenie praw pacjenta, z informacją o wynikach pokontrolnych oraz nakazanie wdrożenia niezbędnych działań naprawczych;
- 2) wystąpieniu do organu założycielskiego z informacją o wynikach pokontrolnych oraz z prośbą o podjęcie działań zgodnych z kompetencjami;
- 3) wystąpieniu do konsultantów wojewódzkich lub krajowych w danych dziedzinach medycyny, z informacją o wynikach pokontrolnych oraz z prośbą o podjęcie działań zgodnych z kompetencjami;
- 4) wystąpieniu do Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia z informacją o wynikach pokontrolnych oraz z prośbą o podjęcie działań zgodnych z kompetencjami.

Stwierdzone naruszenia praw pacjenta najczęściej dotyczyły prawa pacjenta do:

- 1) świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ustawy);
- 2) świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych (art. 8 ustawy);
- 3) informacji (art. 9 i art. 11 ustawy);
- 4) poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych (art. 20 ustawy);
- 5) dokumentacji medycznej (art. 23 i art. 24 ustawy);
- 6) prawa pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego (art. 33 ustawy).

Należy również wskazać na najczęściej stwierdzane nieprawidłowości w zakresie przestrzegania przepisów odrębnych, tj.:

1. ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego;
2. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, dotyczące w szczególności sposobu prowadzenia i przetwarzania dokumentacji medycznej;
3. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 31, poz. 158), tj. dotyczące w szczególności złego stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń, nieprzystosowanie pomieszczeń do wymogów określonych w rozporządzeniu oraz zły stan techniczny budynków i pomieszczeń;
4. rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz. U. Nr 103, poz. 514), w szczególności dotyczące dokumentowania zastosowania środków przymusu bezpośredniego oraz brak prowadzenia należytego nadzoru i monitorowania pacjenta, wobec którego zastosowano unieruchomienie;
5. 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) dotyczące w szczególności braku zajęć rehabilitacyjnych, braku realizacji programów terapeutycznych oraz braku planu indywidualnych programów zajęć rehabilitacyjnych;
6. angażowanie pacjentów w prace porządkowe.

Ponadto, stwierdzono niezgodne z przepisami ustawy i przepisami odrębnymi postanowienia w regulaminach porządkowych oddziałów.

W związku z podjętymi przez Rzecznika działaniami, wszyscy dyrektorzy podmiotów leczniczych, w których stwierdzono nieprawidłowości, zobowiązali się do wprowadzenia zaleceń, przedstawionych przez Rzecznika w protokołach.

Ponadto, na podstawie wystąpień Rzecznika, działania zgodnie z kompetencjami podejmowały również inne podmioty właściwe, tj.:

- 1) Organy założycielskie: w 2 przypadkach podjęto działania nadzorcze nad wykonywaniem zaleceń pokontrolnych oraz w 2 przypadkach organy założycielskie przeprowadziły kontrolę w szpitalach psychiatrycznych lub oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych;
- 2) Konsultanci wojewódzcy: w 1 przypadku konsultant podjął decyzję o zbadaniu sprawy na miejscu, zaś w 3 przypadkach konsultant zapewnił o objęciu nadzorem podmiot leczniczego;
- 3) Konsultanci krajowi: w 1 przypadku konsultant krajowy podjął decyzję o zbadaniu sprawy na miejscu. W 1 przypadku konsultant objął podmiot leczniczy, nadzorem. W 1 przypadku konsultant krajowy wydał opinię, na podstawie której Rzecznik wystąpił

do świadczeniodawcy o wprowadzanie zmian zapisu w regulaminie oddziału, który mógł naruszać prawo pacjenta do godności i intymności;

- 4) Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia: w 3 przypadkach właściwy dla danego świadczeniodawcy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia podjął działania kontrolne. W 1 przypadku podjęto decyzję o objęciu nadzorem podmiotu leczniczego. W 2 przypadkach nałożono na świadczeniodawcę karę umowną;
- 5) Najwyższa Izba Kontroli: w 1 przypadku Najwyższa Izba Kontroli podjęła decyzję o przeprowadzeniu kontroli podmiotu leczniczego;
- 6) Prezes Sądu Okręgowego: w 1 przypadku Prezes Sądu Okręgowego poinformował o objęciu świadczeniodawcy nadzorem;
- 7) Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny: w 3 przypadkach Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny przeprowadził kontrolę w podmiocie leczniczym. W 2 przypadkach podjęto decyzję o objęciu świadczeniodawcy nadzorem;
- 8) Powiatowy Inspektor Nadzoru Budowlanego: w 2 przypadkach Powiatowy Inspektor Nadzoru Budowlanego podjął decyzję o podjęciu działań kontrolnych wobec świadczeniodawcy.

Mając na uwadze wyniki przeprowadzonych przez Rzecznika działań kontrolnych, należy wskazać, iż w większości podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (ok. 64% wszystkich skontrolowanych podmiotów) stwierdzono naruszenie przepisów ustawy oraz przepisów odrębnych. Tym samym, uwzględniając jednocześnie pozytywne efekty prowadzonych postępowań w powyższym zakresie, Rzecznik za wskazane uznaje kontynuowanie działań mających na celu zbadanie sprawy na miejscu w roku 2012 w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych w ww. zakresie.

2) Podmioty lecznicze sprawujące całodobową opiekę medyczną

Do Rzecznika wpływały sygnały dotyczące przekładania terminów zaplanowanych wcześniej zabiegów operacyjnych, co skutkowało pozostawaniem pacjentów przez kilka dni na czczo, tylko niektórym pacjentom podawano kroplówki. Pacjenci nie byli informowani o przyczynach przełożenia terminu przeprowadzenia zabiegu operacyjnego.

Ponieważ był to kolejny w bieżącym roku sygnał w ww. sprawie, Rzecznik podjął decyzję o zbadaniu sprawy na miejscu w przedmiocie przestrzegania przez personel medyczny Oddziału Chirurgii Urazowo–Ortopedycznej praw pacjentów, wynikających z ustawy. Na miejscu dokonano analizy zbiorczej dokumentacji medycznej. Stwierdzono, iż dokumentacja jest prowadzona w sposób mało czytelny. Zwłaszcza dotyczy to księgi raportów pielęgniarских i kart zleceń lekarskich.

Na podstawie podjętych działań w Oddziale Chirurgii Urazowo–Ortopedycznej stwierdzono naruszenie następujących praw pacjenta:

1. prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1 ustawy);
2. prawa pacjenta do informacji (art. 9 ust. 1 i 2 ustawy);
3. przepisów *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*.

Zalecenia pokontrolne

1. Wprowadzenie procedury przekazywania pisemnych, dokładnych informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu;
2. Przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego z zasad informowania i przekazywania informacji pacjentom;
3. Przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego z prowadzenia zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*;
4. Wprowadzenie procedury postępowania wobec pacjentów oczekujących na zabieg operacyjny w zakresie sposobu pojenia i odżywiania.

Dyrektor szpitala poinformował Rzecznika o wprowadzeniu wszystkich zaleceń pokontrolnych. Rzecznik nie otrzymał więcej informacji od pacjentów w tym zakresie.

5. Prawo pacjenta do złożenia sprzeciwu do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku

W 2011 r. do Rzecznika wpłynęło 17 sprzeciwów, w tym:

- 1) 5 wobec opinii biegłych lekarzy wydanych na potrzeby postępowania sądowego – nie podlegały rozpatrzeniu ze względu na niedopuszczalność sprzeciwu z uwagi na przysługującą inną drogę odwoławczą (możliwość wniesienia do sądu zastrzeżeń w odniesieniu do treści opinii biegłego; złożenia wniosku o dopuszczenie opinii z dowodu innego biegłego);
- 2) 4 wobec opinii lekarza z aresztu śledczego – nie podlegały rozpatrzeniu ze względu na niedopuszczalność sprzeciwu z uwagi na przysługującą inną drogę odwoławczą (w trybie Kodeksu karnego wykonawczego);
- 3) 3 wobec orzeczenia lekarza medycyny pracy – nie podlegały rozpatrzeniu ze względu na niedopuszczalność sprzeciwu – inną drogę odwoławczą (wniosek o ponowne badania lekarskie i wydanie zaświadczenia kierowany do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy);
- 4) 1 wobec orzeczenia lekarskiego dotyczącego istnienia przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami – nie podlegał rozpatrzeniu ze względu na niedopuszczalność

sprzeciwu – inną drogę odwoławczą (wniosek o ponowne badanie lekarskie i wydanie zaświadczenia kierowany do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy);

- 5) 1 wobec zaświadczenia lekarskiego – nie podlegał rozpatrzeniu ze względu na niedopuszczalność sprzeciwu – inna droga odwoławcza;
- 6) 1 wobec opinii lekarskiej dotyczącej stanu zdrowia – sprzeciw ten nie podlegał rozpatrzeniu ze względu na niezachowanie ustawowego terminu (sprzeciw zgłoszono w terminie 6 miesięcy od dnia wydania opinii);
- 7) 1 wobec opinii lekarskiej w przedmiocie dopuszczalności przerwania ciąży, który został wniesiony przez osobę nieuprawnioną, inną niż pacjentka.

W tym miejscu należy zasygnalizować, że w 2011 r. tylko jeden sprzeciw, który wpłynął do Komisji Lekarskiej przy Rzeczniku, dotyczył kwestii przerwania ciąży, przy czym jej przesłanką miała być trudna sytuacja materialna matki.

Należy podkreślić, że przedmiotowa przesłanka nie mieści się w katalogu określonym w art. 4a ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17 poz. 78, z późn. zm.). Jednakże z uwagi na fakt, że sprzeciw nie został podpisany oraz nie zostało dołączone orzeczenie lub opinia lekarska w przedmiocie dopuszczalności przerwania ciąży, Rzecznik natychmiast wszczął z własnej inicjatywy postępowanie wyjaśniające, w toku którego ustalono, że sprzeciw nie został wniesiony przez ciężarną bezpośrednio zainteresowaną zabiegiem przerwania ciąży ani też przez jej opiekuna (pacjentka jest częściowo ubezwłasnowolniona), lecz przez osobę, która nie mogła reprezentować jej interesów albo też działać na jej rzecz i w jej imieniu.

Rzecznik w toku prowadzonego postępowania, w ciągu dwóch dni, uzyskał pełną dokumentację medyczną z przebiegu ciąży pacjentki prowadzoną przez kilka podmiotów leczniczych, w celu weryfikacji dokumentacji medycznej przez sprawdzenie, czy są w niej opinie o przesłankach dopuszczalności przerwania ciąży. Podjęto również współpracę z prokuraturą, która prowadziła postępowanie karne w przedmiocie znęcania się psychicznego i fizycznego nad pacjentką.

Pacjentka zeznała także w prokuraturze w ramach toczącego się postępowania przygotowawczego, że jest nakłaniana – wbrew jej woli – do przerwania ciąży. Osobiście złożyła zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa na jej szkodę przez osobę bliską. Pacjentka została poinformowana niezwłocznie przez Rzecznika – wszelkimi możliwymi drogami kontaktu – o konieczności uzupełnienia sprzeciwu, wszczęciu postępowania wyjaśniającego i czynnościach podejmowanych w jego toku. Pacjentka nie podjęła kontaktu w żadnej formie, nie potwierdziła woli przerwania ciąży (a jak wynika z ustaleń prokuratury, nigdy nie miała takiego zamiaru, a pismo do Rzecznika zostało przesłane wbrew jej woli).

Ponadto ustalenia dokonane przez Rzecznika w toku postępowania wyjaśniającego nie potwierdziły istnienia medycznych, jak i prawnych przesłanek dokonania zabiegu przerwania ciąży.

Należy również zasygnalizować, że prawo pacjenta do sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza uregulowane w art. 31–32 ustawy jest stosunkowo nowym prawem. Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej przy Rzeczniku Praw Pacjenta w terminie do 30 dni od wydania opinii albo orzeczenia

przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta. Sprzeciw wobec opinii lub orzeczenia, wobec którego istnieje inna droga odwoławcza, nie podlega rozpatrzeniu ze względu na jego niedopuszczalność.

W celu rozpowszechnienia informacji o działalności Komisji Lekarskiej oraz możliwości składania sprzeciwu wobec opinii lub orzeczenia lekarza został podjęty szereg działań, w szczególności:

- 1) informacja o mechanizmie skargowym jest opublikowana na stronie internetowej Rzecznika (www.bbp.gov.pl) oraz organizacji pozarządowej – Federacji na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny (www.federa.org.pl);
- 2) w Biurze Rzecznika działa bezpłatna infolinia w celu informowania pacjentów o ich prawach;
- 3) od listopada 2011 r. prowadzona była szeroka kampania medialna pt. „Pacjencie nie jesteś sam”, w ramach której został wyemitowany spot reklamowy w stacjach telewizyjnych TVP Info oraz TVN oraz była prowadzona kampania on-line.

IV. POSTĘPOWANIA W SPRAWACH PRAKTYK NARUSZAJĄCYCH ZBIOROWE PRAWA PACJENTÓW

1. Informacje ogólne

Przez praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjentów, zgodnie z art. 59 ustawy, rozumie się bezprawne, zorganizowane działania lub zaniechania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, jak również stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu zorganizowanie wbrew przepisom o rozwiązywaniu sporów zbiorowych akcji protestacyjnej lub strajku przez organizatora strajku, mające na celu pozbawienie pacjentów praw lub ograniczenie tych praw, w szczególności podejmowane celem osiągnięcia korzyści majątkowej. Nie jest zbiorowym prawem pacjenta suma praw indywidualnych.

Wyjaśnić należy, iż „zbiorowe” prawa pacjentów odnoszą się do tych praw, o których mowa w ustawie oraz w przepisach szczególnych. Używając terminu „zbiorowych praw pacjentów” ustawodawca objął ochroną administracyjnoprawną aktualnych i potencjalnych pacjentów, traktowanych jako zbiorowość – grupę zasługującą na szczególną ochronę. Tym samym ustanowił odrębny przedmiot ochrony, niezależny od ochrony praw indywidualnych pacjentów. O naruszeniu zbiorowych praw pacjentów możemy mówić wówczas, gdy skutki działań mogą zagrażać lub realizować się w sferze każdego potencjalnego pacjenta znajdującego się w podobnych okolicznościach.

Należy również zauważyć, że dla stwierdzenia naruszenia zbiorowych praw pacjentów istotne jest ustalenie, czy konkretne działanie podmiotu leczniczego nie ma ściśle określonego adresata, lecz jest kierowane do nieoznaczonego z góry kręgu podmiotów, przy czym adresatem takiego bezprawnego działania podmiotu leczniczego może być zarówno każdy pacjent, jak i potencjalny pacjent.

Działanie takie powinno mieć charakter bezprawny, przez co należy rozumieć sprzeczność z porządkiem prawnym, tj. normami prawa powszechnie obowiązującego, tj. Konstytucją, ratyfikowanymi

umowami międzynarodowymi, ustawami, rozporządzeniami oraz aktami prawa miejscowego. Zatem, oceniając konkretne działanie lub jego zaniechanie w kontekście jego bezprawności zbadać należy, czy zachowanie podmiotu leczniczego jest zgodne z przepisami powszechnie obowiązującego prawa.

Ponadto, praktyka powinna mieć zorganizowany charakter, który wyraża się poprzez porozumienie lub ustalenie określonego zachowania się w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych lub akceptowanie, znoszenie takiego zachowania.

Rzecznik, zgodnie z przepisami art. 68 i 69 ustawy może nałożyć karę pieniężną w wysokości:

- 1) zgodnie z art. 68 ustawy – do 500 000 zł, w przypadku:
 - a) niepodjęcia w wyznaczonym terminie określonych w decyzji Rzecznika działań niezbędnych do usunięcia skutków naruszenia zbiorowych praw pacjenta,
 - b) naruszenia nakazu zaniechania naruszeń wskazanych w decyzji;
- 2) zgodnie z art. 69 ustawy – do wysokości 50 000 zł w przypadku nieprzekazania na żądanie Rzecznika dokumentów oraz informacji, o których mowa w art. 61 ustawy.

Żadne z postępowań wszczętych w 2011 r. nie dało podstaw do nałożenia kary, ponieważ podmioty lecznicze przekazywały Rzecznikowi informacje i materiały, o które występował oraz w toku prowadzonych postępowań odstępowały od stosowania przedmiotowych praktyk.

Postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów wszczynane były w 2011 r. przez Rzecznika z urzędu.

2. Opis przykładowych postępowań w sprawach naruszających zbiorowe prawa pacjentów

- 1) Umorzenie postępowania w sprawie stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów przez SPZOZ Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie w postaci bezprawnych, zorganizowanych działań polegających na angażowaniu pacjentów Oddziału Psychiatrii Dzieci i Młodzieży ww. szpitala prac porządkowych na terenie przedmiotowego Oddziału, z uwagi na jego bezprzedmiotowość.

Pozyskane przez Rzecznika informacje wskazywały, iż podczas zebrań społeczności personel medyczny wyznaczał odcinki Oddziału do objęcia dyżurami przez małoletnich pacjentów. Zachodziło podejrzenie, że powyższe praktyki mogły skutkować obniżeniem samooceny pacjentów, pozbawieniem ich prawa do poszanowania godności, a ponadto przynieść wymierne korzyści materialne w postaci zmniejszania wydatków na zatrudnienie osób sprzątających.

W odpowiedzi dyrektor ww. podmiotu leczniczego wyjaśnił, iż oddział funkcjonuje na zasadzie społeczności terapeutycznej, szczególnie dotyczy to zasady realizmu (uczenie umiejętności życia codziennego i umiejętności społecznych) oraz zasady uczestnictwa i wspólnoty. Zarówno literatura psychiatryczna, jak też doświadczenie i obserwacje wskazują na istotny udział zajęć treningu higieny i uczenia się nowych umiejętności

w postępie rehabilitacji pacjentów. Pacjenci, którzy nie chcą lub też nie mogą uczestniczyć w tej formie terapii, nie biorą w niej udziału. Dyżury, jakich podejmują się dobrowolnie pacjenci,

to proste czynności porządkowe i higieniczne ograniczające się do dbania o ład i porządek w swoim najbliższym otoczeniu, takim jak łóżko, szafka przyłóżkowa.

Wojewódzki Konsultant w Dziedzinie Psychiatrii Dzieci i Młodzieży przeprowadził kontrolę merytoryczną oddziału. Ocena stosowanych metod diagnostycznych, prawidłowości stawiania diagnozy oraz postępowania terapeutycznego nie wykazała nieprawidłowości. Ponadto nie stwierdzono angażowania pacjentów w działania porządkowe wyřęczające zatrudniony personel.

W rozpatrywanej sprawie nie zisřciły się przesłanki art. 59 ust. 1 pkt 1 ustawy.

- 2) Decyzją o uznaniu za praktyki naruszające zbiorowe prawa pacjentów i zakazujące ich stosowania zakończyło się postępowanie w odniesieniu do Samodzielnego Wojewódzkiego Publicznego Zespołu Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. dr Barbary Borzym w Radomiu. Stosowano praktyki polegające na angażowaniu małoletnich pacjentów Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży ww. szpitala do prac porządkowych na terenie przedmiotowego oddziału.
- 3) Postępowanie wszczęte w 2011 r. i kontynuowane w 2012 r., które dotyczy stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów przez Samodzielny Wojewódzki Zespół Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. dr Barbary Borzym w Radomiu w postaci bezprawnych, zorganizowanych działań polegających na: pobieraniu opłat za wydawanie zaświadczeń lekarskich i zaświadczeń o pobycie w Szpitalu oraz na ograniczaniu prawa do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami w Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci i Młodzieży świadczeniodawcy.
Postępowanie zakończone wydaniem decyzji o uznaniu praktyk stosowanych w Samodzielnym Wojewódzkim Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej im. dr Barbary Borzym w Radomiu za naruszające zbiorowe prawa pacjentów i o zakazie ich stosowania.
- 4) Postępowanie wszczęte w 2011 r. a kontynuowane w 2012 r. Postępowanie dotyczyło praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów XII Oddziału Psychiatrycznego dla Młodzieży Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. St. Kryzana w Starogardzie Gdańskim w postaci bezprawnych, zorganizowanych działań, polegających na angażowaniu małoletnich pacjentów szpitala do prac porządkowych na terenie przedmiotowego Oddziału, a także na ograniczaniu prawa do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami stosowania tzw. „reżimu łóżkowego” za niewywiązywanie się z regulaminowych obowiązków. Rzecznik wystąpił w tej kwestii do Konsultantów Krajowych: w Dziedzinie Psychiatrii, w Dziedzinie Psychiatrii Dzieci

i Młodzieży o zajęcie stanowiska. Postępowanie zakończone zostało wydaniem decyzji o stwierdzeniu stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów i stwierdzeniu ich zaniechania.

V. WSPÓŁPRACA W ZAKRESIE UCZESTNICTWA W SPRAWACH CYWILNYCH ZWIĄZANYCH Z NARUSZENIEM PRAW PACJENTA ORAZ Z PROKURATURĄ I SĄDAMI

Działając na podstawie art. 55 ustawy Rzecznik może z urzędu lub na wniosek strony żądać wszczęcia postępowania w sprawach cywilnych dotyczących naruszeń praw pacjentów oraz może brać udział w toczącym się postępowaniu na prawach przysługujących prokuratorowi.

W 2011 r. Rzecznik wystąpił do wszystkich prezesów sądów okręgowych z informacją o jego ustawowych uprawnieniach zawartych w art. 55 ustawy. Do powyższego wystąpienia załączono prośbę w przedmiocie informowania Rzecznika o planowanych terminach posiedzeń w sprawach dotyczących odszkodowań za tzw. „błędy medyczne” oraz zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 *Kodeksu cywilnego* w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta.

W związku z powyższym wystąpieniem Rzecznik jest na bieżąco informowany o planowanych terminach posiedzeń w sprawach o odszkodowanie za tzw. „błędy medyczne” oraz o zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 *Kodeksu cywilnego* w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta.

Ponadto, w 2011 r. Rzecznik wystąpił do Departamentu Organizacyjnego Ministerstwa Sprawiedliwości o udzielenie informacji w zakresie prowadzonych postępowań sądowych o odszkodowanie za tzw. „błędy medyczne”, obejmujące okres od 2009 r. do momentu wystąpienia, tj. do 13 maja 2011 r.

Otrzymana odpowiedź (tabela z danymi w załączeniu) zawierała informacje dotyczące spraw o odszkodowanie za szkody wyrządzone przez świadczeniodawców, wytoczonych przed sądami rejonowymi i sądami okręgowymi w latach 2009–2010.

W 2011 r. Rzecznik nie skorzystał bezpośrednio z powyższych ustawowych uprawnień, jednakże pracownicy Biura Rzecznika brali udział w rozprawach sądowych.

Powyższe podyktowane było zamiarem bezpośredniego – na sali rozpraw – zapoznania się z materiałem dowodowym oraz etapem rozpatrywania sprawy, przed podjęciem decyzji o charakterze procesowym. Pracownicy Biura Rzecznika uczestniczyli w rozprawach w:

1. Sądzie Okręgowym w Warszawie z powództwa przeciwko lekarzowi oraz przeciwko jednemu z warszawskich Szpitali, PZU S. A., TU ALLIANZ POLSKA S. A. Postępowanie przed Sądem Okręgowym toczy się od 2009 r. w związku z podnoszonym przez powódkę błędem medycznym oraz wszczęciem powódce nieatestowanej endoprotezy stawu

- biodrowego. Obecnie postępowanie znajduje się na etapie opracowywania opinii przez biegłego z zakresu ortopedii ze specjalnością endoprotezy stawu biodrowego i traumatologii;
2. Sądzie Okręgowym w Łodzi z powództwa przedstawicieli ustawowych małoletniej, która na skutek nieprawidłowo przeprowadzonej akcji porodowej doznała porażenia mózgowego. 7 marca 2012 r. akta sprawy zostały przekazane wraz z apelacją do I Wydziału Cywilnego Sądu Apelacyjnego w Łodzi. Sprawa w toku;
 3. Sądzie Okręgowym w Ostrołęce. Powódka wystąpiła z powództwem przeciwko Samodzielnemu Zespołowi Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej oraz PZU S.A. Żądanie powódki oparte było na twierdzeniu, iż doznała trwałego kalectwa spowodowanego błędem lekarskim podczas leczenia w szpitalu. Wyrok w tej sprawie zapadł 5 października 2011 r., stał się prawomocny 14 grudnia 2011 r. Sąd zasądził na rzecz powódki 100 000 złotych tytułem zadośćuczynienia, rentę z tytułu zwiększonych potrzeb oraz 2 532 złote tytułem odszkodowania;
 4. Sądzie Okręgowym w Warszawie. Powódka pozwała PZU S. A. o odszkodowanie i zadośćuczynienie w związku z zakażeniem gronkowcem w jednym z warszawskich szpitali. Na rozprawie pełnomocnik powódki ponownie złożył wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego bakteriologa lub mikrobiologa z uwzględnieniem dokumentacji zgromadzonej przez Państwową Inspekcję Sanitarną. Sąd postanowił dopuścić dowód, o który wnioskował pełnomocnik powódki. W kwietniu 2012 r. odbyła się kolejna rozprawa. Sąd w związku z rozbieżnościami pomiędzy opiniami biegłych sądowych powołał trzeciego biegłego.

Należy podkreślić, że Rzecznik pozostaje w stałym kontakcie z powodami i na bieżąco informowany jest o kolejnych etapach postępowań toczących się przed sądami powszechnymi.

Rodzaje spraw o odszkodowania za szkody wyrządzone przez Służbę Zdrowia w latach 2009-2010

SĄDY REJONOWE

Rodzaje spraw	Wpływ	Zatwierdzono	uwzględniono w		zwrot		odrzucenie	Sprawy w toku
			całości lub części	zawarto ugodę	oddalono	pozwu/wniosku		
2009 r.								
Odszkodowania za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia. Sprawy przeciwko: samodzielnemu (posiadającemu osobowość prawną) publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej	196	220	44	2	73	37	4	252
Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego, w związku ze szkodą zaisznią w niesamodzielnym publicznym zakładzie służby zdrowia (w tym także przed 1 stycznia 1999 r.)	32	39	13	-	8	3	-	33
niepublicznym (prywatnym i spółdzielczym) zakładom służby zdrowia (bez względu na ich formę organizacyjną)	19	21	3	1	4	4	1	16
2010 r.								
Odszkodowania za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia. Sprawy przeciwko: samodzielnemu (posiadającemu osobowość prawną) publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej	182	209	45	5	36	25	4	225
Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego, w związku ze szkodą zaisznią w niesamodzielnym publicznym zakładzie służby zdrowia (w tym także przed 1 stycznia 1999 r.)	24	31	13	1	2	3	-	26
niepublicznym (prywatnym i spółdzielczym) zakładom służby zdrowia (bez względu na ich formę organizacyjną)	23	16	4	-	4	1	-	23

Rysunek 1 Rodzaje spraw o odszkodowania za szkody wyrządzone przez Służbę Zdrowia w latach 2009-2010 – Sądy Rejonowe

Rodzaje spraw o odszkodowania za szkody wyrządzone przez Służbę Zdrowia w latach 2009-2010

SĄDY OKRĘGOWE I instancja

Rodzaje spraw	Wpływ	Zalатовiono	uwzględniono w		w tym		zwrot pozwu/wniosku	odrzucenie	Sprawy w toku
			całości lub części	lub części	zawarto ugody	oddalono			
2009 r.									
Odszkodowania za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia.									
Sprawy przeciwko:									
samodzielnemu (posiadającemu osobowość prawną) publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej	460	416	120	16	154	43	4		885
Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego, w związku ze szkoda zaistniałą w niesamodzielnym publicznym zakładzie służby zdrowia (w tym także przed 1 stycznia 1999 r.)	30	50	15	-	18	5	1		79
niesamodzielnemu (prywatnym i spółdzielczym) zakładom służby zdrowia (bez względu na ich formę organizacyjną)	34	36	12	-	7	3	1		80
2010 r.									
Odszkodowania za szkody wyrządzone przez służbę zdrowia.									
Sprawy przeciwko:									
samodzielnemu (posiadającemu osobowość prawną) publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej	481	391	100	7	156	34	9		975
Skarbowi Państwa lub jednostce samorządu terytorialnego, w związku ze szkoda zaistniałą w niesamodzielnym publicznym zakładzie służby zdrowia (w tym także przed 1 stycznia 1999 r.)	47	46	13	-	15	2	2		80
niesamodzielnemu (prywatnym i spółdzielczym) zakładom służby zdrowia (bez względu na ich formę organizacyjną)	57	47	12	1	16	3	5		90

Rysunek 2 Rodzaje spraw o odszkodowania za szkody wyrządzone przez Służbę Zdrowia w latach 2009-2010 – Sądy Okręgowe I instancja

VI. OPRACOWYWANIE I PRZEDKŁADANIE RADZIE MINISTRÓW POROJEKTÓW AKTÓW PRAWNYCH DOTYCZĄCYCH OCHRONY PRAW PACJENTA

W 2011 r. Rzecznik nie przedkładał Radzie Ministrów projektów aktów prawnych dotyczących ochrony praw pacjenta w trybie art. 47 ust. 1 pkt 4 ustawy.

W IV kwartale 2011 r. rozpoczęto prace nad nowelizacją ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* w oparciu o inicjatywy własne, jak również biorąc pod uwagę sprawy będące przedmiotem współpracy z innymi organami administracji publicznej oraz organizacji pozarządowych, w tym m.in. Rzecznikiem Praw Obywatelskich, Ministerstwem Zdrowia oraz przedstawicielami Rzecznika w wojewódzkich komisjach ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Propozycja nowelizacji przewiduje zmiany mające na celu:

- 1) wzmocnienie ochrony praw pacjentów poprzez usunięcie niepewności interpretacyjnych wynikających z obecnego brzmienia niektórych przepisów;
- 2) poszerzenie kompetencji Rzecznika w celu umożliwienia skutecznej ochrony praw pacjentów;
- 3) uregulowanie w szerszym zakresie kwestii związanych z działaniem wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych w związku z zaistniałymi problemami w tym zakresie.

VII. WYSTĘPOWANIE DO WŁAŚCIWYCH ORGANÓW Z WNIOSKAMI O PODJĘCIE INICJATYWY USTAWODAWCZEJ

W 2011 r. Rzecznik przedstawiał uwagi w celu zmiany obowiązujących przepisów prawa:

1. W przedmiocie zmiany przepisów *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 lutego 2007 r. w sprawie zasad kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego* (Dz. U. Nr 44, poz. 285). Zgodnie z załącznikiem nr 1 pkt 9 do ww. rozporządzenia określającym przeciwwskazania ogólne i kardiologiczne do leczenia uzdrowiskowego, choroba psychiczna stanowi przeciwwskazanie uniemożliwiające potwierdzenie skierowania na leczenie uzdrowiskowe. W opinii Rzecznika, potwierdzonej opinią lekarzy specjalistów, tak restrykcyjne rozwiązanie jest krzywdzące oraz jawnie dyskryminujące osoby chore psychicznie, jak również nie znajduje uzasadnienia medycznego i faktycznego wobec ogółu osób z przebytymi zaburzeniami psychicznymi. Ww. rozporządzenie utraciło moc z dniem 8 stycznia 2012 r. na podstawie art. 13 *ustawy z dnia 4 marca 2011 r. o zmianie ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. Nr 73, poz. 390, z późn. zm.). Obecnie kwestię kwalifikowania pacjentów

do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego reguluje *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego* (Dz. U. z 2012 r. poz. 14), które do przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej nie zalicza choroby psychicznej, jak miało to miejsce w poprzednio obowiązującym *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 lutego 2007 r. w sprawie zasad kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego*;

2. Wystąpienie do Ministra Zdrowia, w którym Rzecznik informował o konieczności uregulowania kwestii łagodzenia bólu porodowego. W wyniku podjętych przez Rzecznika działań, wszczęte zostały prace nad projektem *rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego*. Obecnie prace nad projektem znajdują się na etapie uzgodnień wewnętrznych Ministerstwa Zdrowia;
3. Wystąpienie do Ministra Zdrowia w przedmiocie zmiany *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego* w zakresie odpowiedzialności świadczeniodawców za bezpieczeństwo osób z zaburzeniami psychicznymi podczas hospitalizacji. W rzeszonym wystąpieniu podano przykłady zdarzeń niepożądanych. Ministerstwo Zdrowia zadeklarowało współpracę w zakresie przeprowadzenia wspólnych kontroli w placówkach, w których dochodzi do zdarzeń niepożądanych (wspólna kontrola: w szpitalach we Wrocławiu, Lubiążu, Międzyrzeczu);
4. Wystąpienie do Ministra Zdrowia w przedmiocie uregulowania kwestii stosowania instytucji przymusu bezpośredniego w przypadkach nieobjętych przepisami *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego* w zakresie stosowanego przymusu bezpośredniego w szpitalach ogólnych. Ministerstwo Zdrowia zadeklarowało podjęcie prac nad zmianą *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego* ww. zakresie. W 2012 r. weszło w życie *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego stosowania* (Dz. U. z 2012 r. poz. 740).

Rzecznik bierze również czynny udział w pracach legislacyjnych w trybie wynikającym z *uchwały nr 49 Rady Ministrów z dnia 19 marca 2002 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów* (M. P. Nr 13, poz. 221, z późn. zm.), w zakresie związanym z prawami pacjentów, zgłaszając uwagi do przedstawionych projektów aktów prawnych i wnosząc o wprowadzenie sugerowanych zmian. W 2011 r. otrzymano do analizy 34 akty prawne. Rzecznik zgłaszał uwagi w zakresie praw pacjentów, w tym m.in. w odniesieniu do poniższych spraw:

1. Projekt *rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* – Rzecznik zgłosił uwagę dotyczącą konieczności doprecyzowania oczekiwań klinicznych warunkujących zapewnienie

wszczepienia pompy baklofenowej. Rzecznik podnosił, iż projektowana treść kryteriów warunkujących pozytywną kwalifikację do zastosowania pompy baklofenowej może stać się barierą ograniczającą dostęp do ww. świadczenia z uwagi na pozostawienie szerokiego pola do oceny lekarza. Natomiast w przypadku jasno określonych kryteriów medycznych definiujących zakres oczekiwań klinicznych w zakresie „stabilnego stanu zdrowia” i „dobrych rokowań poprawy zdrowia” sytuacja będzie czytelna i nie będzie budziła wątpliwości interpretacyjnych. Powyższa uwaga nie została uwzględniona;

2. Projekt *rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego* – Rzecznik podniósł, iż:
 - a) projekt nie wykonuje w całości upoważnienia zawartego w art. 67k ust. 11 ustawy, tj. nie określa precyzyjnie zakresu i warunków ustalania przez ubezpieczyciela wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego. Niniejsza uwaga nie została uwzględniona,
 - b) projekt przekracza upoważnienie zawarte w art. 67k ust. 11 ustawy – bowiem nie przewiduje ono określania warunków oraz sposobu obniżania wysokości świadczenia w przypadku śmierci pacjenta z uwagi na osobę wnioskodawcy. Niniejsza uwaga została uwzględniona;
3. Projekt *rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów na realizację recept oraz ramowego wzoru umowy na realizację recept*. Rzecznik podniósł, że zawarte w załączniku nr 1 do projektu regulacje wykraczają poza upoważnienie z art. 41 ust. 8 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.), ponieważ:
 - a) zawarte w § 3 załącznika nr 1 do projektu regulacje nakładające na apteki obowiązki wykraczają poza upoważnienie ustawowe i zmierzają do nałożenia aktem wykonawczym obowiązków na przedsiębiorców – uwaga nie została uwzględniona,
 - b) dotyczą upoważnienia Narodowego Funduszu Zdrowia do przeprowadzania kontroli oraz zakresu tej kontroli (§ 6 załącznika nr 1 do projektu) – niniejsza uwaga została uwzględniona, rozporządzenie zawiera odesłanie do kontroli przeprowadzonej na podstawie przepisów ustawowych,
 - c) nakładają na podmioty prowadzące aptekę lub kierowników apteki obowiązków innych niż wynikające z przepisów rangi ustawowej (§ 7 i 8 załącznika nr 1 do projektu) – uwaga nie została uwzględniona,
 - d) określają przesłanki dokonania potrącenia (§ 9 projektu) – uwaga nie została uwzględniona.

Ponadto, Rzecznik zgłosił następujące uwagi:

- e) potrzeba wyjaśnienia – przynajmniej w uzasadnieniu – zaproponowanych w rozdziale 4 załącznika nr 1 wysokości kar umownych, w szczególności w odniesieniu do obowiązującej maksymalnej wysokości odsetek ustawowych (art. 359 § 2¹ *Kodeksu cywilnego*) oraz zakazu pobierania odsetek od odsetek (określonego w art. 482 *Kodeksu cywilnego*),
 - f) doprecyzowanie regulacji zawartych w § 16 załącznika nr 1 do projektu, w szczególności przez wskazanie, czy stanowią one o zapisie na sąd polubowny, a jeżeli tak, to należało ją uzupełnić o elementy wskazane w art. 1116 i następujących *Kodeksu postępowania cywilnego*. Uwaga została uwzględniona – skreślono § 16 w załączniku nr 1 do projektu,
 - g) wyjaśnić powody, dla których przedsiębiorca prowadzący aptekę stawiany jest w gorszej sytuacji procesowej z uwagi na fakt, że sądem właściwym dla rozstrzygania sporów ma być sąd właściwy dla siedziby oddziału Funduszu. Uwaga została uwzględniona – skreślono § 16 w załączniku nr 1 do projektu;
4. Projektu *rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego* – Rzecznik wskazał na sprzeczność przewidzianego § 15 projektu dotyczącego obowiązku dostosowania oddziałów do wymagań, które dotyczą obowiązku posiadania całodobowego lotniska lub lądowiska do dnia 1 stycznia 2014 r. z art. 62 ust. 1 *ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym* (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.) zgodnie z którym kierownik podmiotu leczniczego, w którym znajduje się szpitalny oddział ratunkowy, dostosuje ten oddział do wymagań określonych w art. 34, do dnia 31 grudnia 2011 r., zgodnie z harmonogramem ustalonym w planie przez właściwego ze względu na siedzibę tego podmiotu wojewodę. Rzecznik sugerował korektę przepisu w taki sposób, aby przepisy rangi wykonawczej nie modyfikowały przepisów ustawy. Powyższa uwaga została uwzględniona.
5. Projekt *rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wysokości opłat za złożenie wniosków w zakresie refundacji leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego lub za ich uzupełnienie* – Rzecznik podniósł:
- a) konieczność uregulowania, zgodnie z upoważnieniem zawartym w art. 32 ust. 3 *ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych*, wysokości opłat za złożenie wniosku lub za jego uzupełnienie, o którym mowa w art. 24 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 32 ust. 3 ustawy, tj. wniosku o ustalenie albo zmianę urzędowej ceny zbytu leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o którym mowa w art. 6 ust. 1 pkt 4 ustawy;
 - b) konieczność doprecyzowania zawartych w § 1 ust. 3, § 2 ust. 3 oraz § 3 ust. 3 projektu regulacji dotyczących wniosków o skrócenie okresu obowiązywania decyzji o objęciu

refundacją i ustaleniu urzędowej ceny zbytu w sposób niepozostawiający wątpliwości, że są to dwa różne wnioski: o skrócenie okresu obowiązywania decyzji o objęciu refundacją albo o ustalenie urzędowej ceny zbytu.

Niniejsze uwagi zostały częściowo uwzględnione.

6. Projekt *rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego* – Rzecznik zauważył, iż w § 7 i 8 wyrażenia: „szpital uzdrowiskowy w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym” i „sanatorium uzdrowiskowe w urządzonym podziemnym wyrobisku górniczym” modyfikują wyrażenia ustawowe zawarte w art. 6 pkt 6 ustawy, w związku z powyższym należy dostosować nazewnictwo stosowane w projekcie rozporządzenia z nazewnictwem ustawowym. Powyższe uwagi zostały uwzględnione.

VIII. OPRACOWYWANIE I WYDAWANIE PUBLIKACJI ORAZ PROGRAMÓW EDUKACYJNYCH POPULARYZUJĄCYCH WIEDZĘ O OCHRONIE PRAW PACJENTA

1. Ogólnopolska kampania społeczna Rzecznika pt. „Pacjencie! Nie jesteś sam”

Z początkiem listopada 2011 r. rozpoczęła się pierwsza ogólnopolska kampania społeczna Rzecznika pt. „Pacjencie! Nie jesteś sam”. Celem kampanii było przybliżenie tematyki praw pacjenta i podniesienie społecznej świadomości w tym zakresie, a także zwiększenie rozpoznawalności instytucji Rzecznika wśród obywateli. Każda osoba, niezależnie od wieku, jest albo może znaleźć się w sytuacji, w której będzie pacjentem, dlatego tak ważne jest, aby każdy znał przysługujące pacjentowi prawa oraz wiedział, że w przypadku ich łamania można zgłosić się do Rzecznika. Z przeprowadzonej przez Biuro analizy dotychczasowych kampanii społecznych w Polsce wnika, że kampania „Pacjencie! Nie jesteś sam” była pierwszym ogólnokrajowym przedsięwzięciem o tej tematyce. W celu dotarcia do jak największej grupy odbiorców przygotowana została reklama prasowa, bannery internetowe oraz spot telewizyjny i radiowy. Materiały przygotowane w ramach kampanii zostały bezpłatnie wyemitowane w wybranych ogólnopolskich stacjach telewizyjnych i radiowych oraz opublikowane na łamach ośmiu ogólnopolskich czasopism.

PACJENCIE!



RZECZNIK PRAW PACJENTA

800 190 590

BEZPŁATNA OGÓLNOPOLSKA INFOLINIA
CZYNNA PN-PT. W GODZINACH 9:00-21:00

www.bpp.gov.pl

Rysunek 3 Reklama prasowa

2. Ulotka informacyjna o prawach pacjenta i Biurze Rzecznika Praw Pacjenta

W ramach polityki informacyjno–edukacyjnej Rzecznika w 2011 r. wydana została w wersji polskiej i angielskiej ulotka informacyjno–promocyjna. Zawierała ona podstawowe informacje o urzędzie Rzecznika, o prawach przysługujących pacjentowi oraz szczegółowe dane kontaktowe Biura Rzecznika. Materiały informacyjne w formie ulotek są bezpłatnie dystrybuowane podczas organizowanych przez Rzecznika spotkań oraz udostępniane zainteresowanym osobom i podmiotom m.in. placówkom medycznym i urzędów administracji publicznej. Ulotki są także umieszczane przez pracowników Biura pełniących funkcje Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w Izbach Przyjęć. Dzięki temu przyjmowani pacjenci mają możliwość zabrania ze sobą ulotek i w razie potrzeby skorzystania z zawartych w nich informacji.

Rzecznik Praw Pacjenta jako centralny organ administracji rządowej pomaga pacjentom od 2009 r. Został powołany ustawą z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która weszła w życie 21 maja 2009 r.

Zadanie realizowane przez Rzecznika:
„OCHRONA PRAW PACJENTÓW”



Krystyna Barbara Kozłowska
– pierwszy Rzecznik Praw Pacjenta w Polsce

Absolwentka Wydziału Rehabilitacji Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie, ukończyła podyplomowe studia menedżerskie MBA dla kadry Medycznej w Akademii im. Leona Koźmińskiego, a także Podyplomowe Studium Prawa Medycznego, Bioetyki i Socjologii Medycyny na Uniwersytecie Warszawskim. Uczestniczyła w pracach nad ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Jest członkiem Rady Naukowej przy Polskim Towarzystwie Bioetycznym. W trakcie prawie 8-letniej działalności na stanowisku Dyrektora Biura Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia wypracowała wiele standardów postępowania przy wyjaśnianiu spraw dotyczących naruszenia praw pacjenta oraz edukacji pacjentów.

Do struktur Biura Rzecznika Praw Pacjenta należą także Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Funkcjonują oni w ponad 40 placówkach na terenie całej Polski. Taka forma działania urzędników bezpośrednio na miejscu, gdzie może dojść do łamania praw pacjenta daje duże możliwości szybkiej i skutecznej pomocy pacjentom w szpitalach psychiatrycznych w przypadku łamania ich praw.

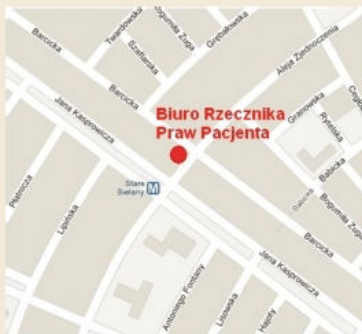
Biuro Rzecznika Praw Pacjenta

al. Zjednoczenia 25
01-829 Warszawa
sekretariat: tel. 22 532 82 50
fax: 22 532 82 30
e-mail: sekretariat@bpp.gov.pl

ogólnopolska bezpłatna infolinia

Rzecznika Praw Pacjenta
800 190 590
czynna pn.–pt. w godz. 9.00–21.00
połączenia z tel. komórkowych
(płatne wg stawek operatora)
22 833 08 85
22 635 59 96

www.bpp.gov.pl



bezpłatna infolinia
800 190 590



Biuro
Rzecznika Praw Pacjenta

Rysunek 4 Ulotka informacyjna – strona zewnętrzna

Do Biura Rzecznika Praw Pacjenta może zgłosić się każda osoba, w stosunku do której naruszone zostały prawa pacjenta zagwarantowane w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Pamiętaj – jako pacjent masz prawo do:

- świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną;
- informacji o stanie zdrowia;
- tajemnicy informacji;
- wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych;
- zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza;
- poszanowania intymności i godności;
- dokumentacji medycznej;
- poszanowania życia prywatnego i rodzinnego;
- opieki duszpasterskiej;
- przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

Do Biura Rzecznika Praw Pacjenta wpływa coraz więcej spraw od pacjentów:

- ▶ 2009 r. (21 maja – 31 grudnia) – 8980 spraw
- ▶ 2010 r. – 28 735 spraw

Pacjenci najczęściej skarżą się na naruszenie:

- ✓ prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych, np. odmowa udzielenia świadczenia z powodu braku dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie zdrowotne; odmowa telefonicznej rejestracji do lekarza;
- ✓ prawa pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia, np. unikanie przez lekarza udzielenia informacji na temat procesu i metody leczenia; nieinformowanie pacjenta o przewidzianych skutkach zastosowanych określonych procedur medycznych i możliwych nieprzewidzianych następstwach;
- ✓ prawa pacjenta do dokumentacji medycznej, np. odmowa wydania kopii dokumentacji.

EDUKACJA – WARTO WIEDZIEĆ WIĘCEJ

Pacjencie! Nie jesteś sam.

Z początkiem listopada 2011 r. ruszyła pierwsza kampania społeczna prowadzona przez Rzecznika Praw Pacjenta. W ramach działań pt. „Pacjencie! Nie jesteś sam.” przewidziano spot TV, reklamę radiową, internetową oraz prasową. Celem kampanii jest przybliżenie wszystkim tematyki praw pacjenta i podniesienie społecznej świadomości w tym zakresie. To przedsięwzięcie jest pierwszym o tej tematyce na skalę ogólnokrajową z wykorzystaniem różnych środków przekazu.



Pacjencie, czy znasz swoje prawa?

W 2010 r. Rzecznik Praw Pacjenta zainaugurował ogólnopolską kampanię promocyjno-informacyjną pt. „Pacjencie, czy znasz swoje prawa?”. Dzięki tej kampanii materiały informacyjne w formie ulotek trafiły do wszystkich gmin w Polsce, tj. blisko do 2500 jednostek administracji samorządu terytorialnego.

PRAWO – JAK POMÓC PACJENTOWI?

Rzecznik Praw Pacjenta dokonuje analiz skarg pacjentów w celu określenia zagrożeń i obszarów w systemie ochrony zdrowia wymagających poprawy. Na tej podstawie występuje do właściwych organów o podejmowanie inicjatywy ustawodawczej w zakresie ochrony praw pacjentów. Wystąpienia Rzecznika bardzo często są skuteczne.

Korzystne regulacje prawne dla pacjentów, to m.in.:

- refundowanie pomp insulinowych osobom do ukończenia 26. roku życia;
- poprawa sytuacji pacjentów z zaburzeniami psychicznymi – Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego;
- możliwość przedłużenia rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego powyżej 120 dni;
- karta praw pacjenta osoby pozbawionej wolności;
- leczenie stwardnienia rozsianego – propozycja wydłużenia czasu leczenia pacjentów z 3 do 5 lat i obniżenie wieku kwalifikującego do leczenia z 16. do 12. roku życia;
- umożliwienie leczenia uzdrowskiego osobom chorym psychicznie – zmiana przepisu w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie zasad kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowskiego.

www.bpp.gov.pl

Rysunek 5 Ulotka informacyjna – strona wewnętrzna

3. Konferencja „W stronę etyki. Personel medyczny–pacjent”

28 września 2011 r. Rzecznik zorganizował konferencję pt. „W stronę etyki. Personel medyczny – pacjent”. Celem przedsięwzięcia było promowanie przestrzegania praw pacjenta oraz zasad etycznego zachowania personelu medycznego wobec pacjentów. W czasie konferencji poruszane były tematy związane z zasadami etyki oraz koniecznością ich przestrzegania szczególnie w relacjach personelu medycznego z pacjentem. Zaprezentowano również przypadki naruszenia etyki przez personel medyczny w sprawach zgłoszonych przez pacjentów do Biura Rzecznika. Częścią spotkania był także panel dyskusyjny pt. „Prawa pacjenta a etyka personelu medycznego”. W konferencji udział wzięli przedstawiciele organów administracji publicznej, specjaliści z zakresu praw pacjenta oraz członkowie organizacji pozarządowych.

Kontynuacją działań Rzecznika związanych z promowaniem praw pacjenta oraz etycznego zachowania personelu medycznego była konferencja organizowana wspólnie z Wojewodą Podlaskim, która odbyła się 14 listopada 2011 r. w Białymstoku. Podczas drugiego spotkania dotyczącego problemu przestrzegania zasad etyki przez personel medyczny przedstawiona została skala naruszeń praw pacjenta w województwie podlaskim, przebieg postępowań oraz ich konsekwencje. Omówione zostały także sposoby zapobiegania takim sytuacjom.

4. Inne działania edukacyjne i popularyzujące prawa pacjenta

Rzecznik popularyzuje wiedzę o prawach przysługujących pacjentowi również przez aktywny udział swoich pracowników w wydarzeniach, które bezpośrednio lub pośrednio związane są z prawami pacjentów. Podczas każdego z tych wydarzeń prezentowana jest działalność Rzecznika, a każda z osób odwiedzających specjalne stanowisko Biura otrzymuje drukowane materiały informacyjno-promocyjne.

Wybrane wydarzenia to:

- 1) Obchody Europejskiego Roku Wolontariatu 2011. Pracownicy Biura Rzecznika uczestniczyli w pierwszym dniu otwierającym dwutygodniowy pobyt Pawilonu ERW w Warszawie, który poświęcony był tematyce integracji osób niepełnosprawnych. Organizatorem wydarzeń tego dnia było Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych (1 września 2011 r.);
- 2) Piknik pod hasłem „Zdrowie naszych dzieci w naszych rękach”, który odbył się 18 czerwca 2011 r. w Warszawie. Organizatorami wydarzenia byli Europejskie Stowarzyszenie Promocji Zdrowia PRO-SALUTEM oraz Burmistrz Dzielnicy Wilanów m.st. Warszawy. Celem przedsięwzięcia było zwrócenie uwagi rodziców i opiekunów na zdrowie podopiecznych. Przeprowadzone zostały warsztaty zdrowia, bezpłatne badania profilaktyczne, badania dzieci z zakresu wad postawy czy problemu otyłości;
- 3) Bielański Piknik Sportowo-Profilaktyczny organizowany przez Urząd Dzielnicy Bielany m.st. Warszawy. Celem wydarzenia była promocja zdrowego stylu życia oraz edukacja z zakresu udzielania pierwszej pomocy (24 września 2011 r.).

Działania edukacyjno-informacyjne w zakresie praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny, realizowane przez pracowników Biura pełniących funkcję Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego:

- 1) Regularne spotkania informacyjno-edukacyjne z pacjentami oddziałów psychiatrycznych. Zajęcia te mają charakter: spotkań ze wszystkimi pacjentami konkretnego oddziału, chętnymi pacjentami szpitala psychiatrycznego, dyskusji dotyczącej istotnych dla pacjentów problemów w trakcie społeczności terapeutycznej. W trakcie spotkań poruszana jest tematyka związana m.in. z: prawami pacjenta, *ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*, postępowania medycznego wobec osób leczonych bez zgody, udzielania przepustek, zakazem palenia na terenie szpitala;
- 2) Spotkania z personelem medycznym (lekarzami, pielęgniarkami, terapeutami).

W trakcie spotkań poruszane są zagadnienia dotyczące m.in.: praw pacjentów chorych psychicznie wynikających z ustawy oraz *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*, postępowania medycznego wobec osób leczonych bez zgody, stosowania przymusu bezpośredniego.

W 2011 r. w wyniku porozumienia z kierownikami trzech wydziałów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi: prof. dr hab. n. med. Jolantą Rabe-Jabłońską – Kierownikiem Kliniki Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych, prof. dr hab. n.med. Iwoną Kłoszewską – Kierownikiem Kliniki Psychiatrii Wieku Podeszłego i Zaburzeń Psychotycznych, prof. dr hab. n. med. Antonim Florkowskim – Kierownikiem Kliniki Psychiatrii Dorosłych, Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego przeprowadził kilkanaście spotkań edukacyjnych ze studentami kierunków: lekarskiego, wojskowo-lekarskiego oraz pielęgniarstwa. Celem każdego spotkania było przybliżenie studentom kwestii związanych z prawami pacjenta. Spotkania dotyczyły w szczególności ochrony praw pacjenta chorego psychicznie, zadań i uprawnień Rzecznika oraz Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

5. Współpraca z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjenta

Zgodnie z art. 47 ust. 1 pkt 9 ustawy Rzecznik współpracuje z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjenta.

Wybrane przykłady tej współpracy w 2011 r.:

- 1) Porozumienie o współpracy zawarte w dniu 21 stycznia 2011 r. pomiędzy Rzecznikiem Praw Pacjenta a Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie – IPiN (Warsztatem Terapii Zajęciowej). Współpraca została nawiązana z uwagi na ustawowe zadania Rzecznika, a także realizowane przez Warsztat Terapii Zajęciowej IPiN zadania z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej uczestników terapii zajęciowej w środowisku. W ramach współpracy w Biurze Rzecznika w dniach od 24 marca do 27 maja 2011 r. zorganizowana została wystawa prac plastycznych osób uczestniczących w warsztatach. Inicjatywa ta miała na celu podnoszenie świadomości społecznej w zakresie problematyki zdrowia psychicznego, w szczególności funkcjonowania osób z zaburzeniami psychicznymi w społeczeństwie oraz miała zwrócić uwagę na istotną rolę terapii zajęciowej w procesie leczenia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.



Rysunek 6 Plakat informacyjny o wystawie prac plastycznych uczestników Warsztatów Terapii Zajęciowej

2) W 2011 r. w ramach współpracy Rzecznik – osobiście lub poprzez udział swych pracowników – uczestniczył w wielu spotkaniach, seminariach, konferencjach i inicjatywach realizowanych przez organizacje pozarządowe, społeczne i zawodowe, w trakcie których wygłosił szereg wystąpień przybliżających kwestie związane z prawami pacjenta i ich przestrzeganiem. Były to m.in.:

- a) konferencja pt. “Working in Partnership for Research, Innovation and Health Care”, której organizatorem była amerykańska organizacja pozarządowa The Activity for Innovation and Economic Growth (AIEG). Celem konferencji było spotkanie polskich i amerykańskich ekspertów, przedstawicieli administracji publicznej, lekarzy oraz pracowników naukowych w celu wypracowania modelu współpracy w zakresie poprawy jakości opieki zdrowotnej poprzez badania naukowe, zwiększenie innowacyjności i wymianę doświadczeń. Dla Rzecznika szczególnie istotna była możliwość poznania systemu ochrony praw pacjenta w Stanach Zjednoczonych, jak również możliwość wysłuchania prezentacji p. Jeff’a Brady, który w ramach struktur rządowych zajmuje się ochroną praw pacjenta. W trakcie konferencji została przedstawiona prezentacja pt. „Educating patients. The role of the Commissioner for Patients' Rights in Poland” – Edukacja pacjentów. Rola Rzecznika Praw Pacjenta w Polsce (8 listopada 2011 r.).

Udział w konferencji związany był z podjęciem współpracy Rzecznika z p. Michaeliem Czekajło – dr. n. med. na Uniwersytecie Medycznym w Virginii i profesorem wizytującym na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu. W 2011 r. w ramach międzynarodowego programu Fulbright Scholar p. Michael Czekajło prowadził

wykłady w Centrum Symulacji Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Jest światowej sławy specjalistą z zakresu symulacji medycznej, anestezjologii i intensywnej terapii. Rozmowy z prof. Czekajło dotyczyły przede wszystkim wpływu symulacji medycznej na bezpieczeństwo pacjenta;

- b) wykład nt. funkcji i roli Rzecznika oraz praw przysługujących pacjentowi wygłoszony podczas Letniej Międzynarodowej Szkoły Praw Człowieka – „Prawa człowieka a medycyna” organizowanej przez Helsińską Fundację Praw Człowieka. Międzynarodowa Letnia Szkoła Praw Człowieka organizowana jest corocznie od 1990 roku. Skierowana jest do działaczy organizacji pozarządowych, dziennikarzy, funkcjonariuszy publicznych zajmujących się ochroną praw człowieka z byłych krajów socjalistycznych Europy Środkowej i Wschodniej oraz Azji Centralnej. Program obejmuje wykłady i zajęcia praktyczne obejmujące zagadnienia związane z prawami człowieka (1 lipca 2011 r.);
- c) wygłoszenie prelekcji dla studentów medycyny nt. praw pacjenta w ramach „Warsztatów Prawa” organizowanych przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA – Poland (31 marca 2011 r.);
- d) konferencja naukowa pt. „Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych – problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa” organizowana przez ośrodek prawa cywilnego, ubezpieczeniowego i medycznego Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Na konferencji Rzecznik przedstawił prezentację dotyczącą błędów medycznych z perspektywy sprawowanego urzędu oraz nowego trybu dochodzenia roszczeń odszkodowawczych będących konsekwencją zdarzeń medycznych wprowadzonego nowelizacją ustawy (4 października 2011 r.);
- e) wygłoszenie prezentacji pt. „Prawa Pacjenta w praktyce” podczas 65. Kongresu Towarzystwa Chirurgów Polskich (16 września 2011 r.);
- f) przedstawienie doświadczeń z pracy Rzecznika Praw Pacjenta i roli samorządu lekarskiego w poprawie realizacji praw pacjenta podczas posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej (25 lutego 2011 r.);
- g) wygłoszenie prezentacji pt. „Praktyka działania urzędu Rzecznika Praw Pacjenta” podczas V ogólnopolskiego spotkania liderów organizacji pacjentów, organizowanego przez Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej z okazji Światowego Dnia Chorego (10–11 lutego 2011 r.);
- h) Ogólnopolska Konferencja o Wymiarze Transgranicznym nt. Promocji Zdrowia Psychicznego połączona z Obchodami Światowego Dnia Zdrowia Psychicznego w Białymstoku. Organizatorami wydarzenia był Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim oraz Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy. W czasie konferencji

Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego – przedstawiciel Biura Rzecznika Praw Pacjenta wygłosił prezentację pt. „Prawa pacjenta w dobie współczesnej świadczonej opieki psychiatrycznej” (10–11 października 2011 r.);

- i) wykład na temat praw pacjenta wygłoszony przez pracownika Biura Rzecznika w czasie I Regionalnej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Nie bójmy się chorych psychicznie” zorganizowanej przez Ośrodek Szkoleniowy Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łaziskach Górnych (10 października 2011 r.).
- 3) Objęcie honorowym patronatem 8 inicjatyw podejmowanych przez organizacje pozarządowe, społeczne i zawodowe związane z promocją i upowszechnianiem praw pacjenta.

W ramach współpracy organizacje pozarządowe mogą przekazywać Rzecznikowi informacje o sprawach indywidualnych oraz ogólnych problemach, które ich zdaniem wymagają i szczególnej uwagi Rzecznika. W 2011 r. do Rzecznika wpłynęło 47 sygnałów od organizacji społecznych, zawodowych, stowarzyszeń, fundacji bądź innych organizacji np. zrzeszających chorych i rodziny osób cierpiących na choroby rzadkie. Były to m.in.: Fundacja Urszuli Jaworskiej, Stowarzyszenie Pomocy Rodzinie Dzieci Cierpiących na Skutek Inwazyjnych Chorób Bakteryjnych „Parasol Dla Życia”, Stowarzyszenie Rodzin z Chorobą Fabry’ego, Stowarzyszenie Chorych na Mukopolisacharydozę (MPS) i Choroby Rzadkie, Stowarzyszenie Pomocy Chorym na GIST, Stowarzyszenie Chorych na Czerniaka. Sprawy przekazywane przez organizacje dotyczyły propozycji przede wszystkim konieczności zmian istniejących przepisów prawnych np. w zakresie rozszerzenia dostępu do bezpłatnego leczenia danych grup pacjentów. Po dokonaniu szczegółowej analizy każdego takiego zgłoszenia, w sytuacjach tego wymagających, Rzecznik występował do Ministra Zdrowia lub innych właściwych organów np. Narodowego Funduszu Zdrowia czy Agencji Oceny Technologii Medycznych. Przykładowe wystąpienia to:

- 1) Wystąpienie do Ministra Zdrowia w związku z apelem Stowarzyszenia Pomocy Rodzinom Dzieci Cierpiących na skutek Inwazyjnych Chorób Bakteryjnych ‘Parasol do Życia’ dotyczącego rozszerzenia Kalendarza Szczepień Ochronnych poprzez objęcie szczepieniami przeciwko pneumokokom dzieci urodzonych przedwcześnie, z dnia 2 marca 2011 r.,
- 2) Wystąpienia Rzecznika do Ministra Zdrowia w sprawie sfinansowania ze środków publicznych leczenia chorych na chorobę Pompego przy użyciu preparatu leczniczego Myozyme, z dnia 18 października 2011 r.,
- 3) Wystąpienia Rzecznika do Ministra Zdrowia w sprawie ustanowienia terapeutycznego programu zdrowotnego dotyczącego leczenia choroby Fabry’ego, z dnia 2 marca 2011 r.,

- 4) Wystąpienia Rzecznika do Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych w sprawie możliwości objęcia leczeniem preparatem Interferon beta dzieci poniżej szesnastego roku życia, cierpiących na stwardnienie rozsiane, z dnia 28 marca 2011 r.

IX. WSPÓŁPRACA Z ORGANAMI WŁADZY PUBLICZNEJ W CELU ZAPEWNIENIA PACJENTOM PRZESTRZEGANIA ICH PRAW, W SZCZEGÓLNOŚCI Z MINISTREM WŁAŚCIWYM DO SPRAW ZDROWIA

W 2011 r. Rzecznik współpracował z organami władzy publicznej w celu zapewnienia przestrzegania ich praw, m.in.:

1. Formy współpracy z Ministrem Zdrowia

- 1) Udział w uzgodnieniach międzyresortowych projektów aktów prawnych, w tym m.in. w celu wyjaśnienia wątpliwości dotyczących interpretacji przepisów *ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych*, przekazano również projekt *informacji dla pacjenta o przysługujących mu prawach* do wykorzystania w związku z prowadzonymi pracami nad zmianą *rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 listopada 1995 r. regulującego szczegółowy sposób działania szpitala psychiatrycznego w sprawach przyjmowania oraz wypisywania ze szpitala psychiatrycznego* (Dz. U. Nr 150, poz. 736);
- 2) Współpraca w związku z wdrożeniem i realizacją zadań wynikających z rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. *w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego* (Dz. U. z 2011 r. Nr 24, poz. 128).

W sprawie realizacji zadań nałożonych przez ww. rozporządzenie Rzecznik wystąpił do następujących organów: Ministra Zdrowia, Ministra Edukacji Narodowej, Ministra Pracy i Polityki Społecznej, Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministra Administracji i Cyfryzacji, Ministra Sprawiedliwości oraz Ministra Obrony Narodowej;

- 3) Współpraca w udzielaniu odpowiedzi i przedkładaniu sprawozdań w instytucjach międzynarodowych, m.in. w:
 - a) opracowaniu Sprawozdania Rady Ministrów z wykonania oraz o skutkach stosowania w roku 2010 *ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* (Dz. U. Nr 17, poz. 78, z późn. zm.),

- b) związku z wystąpieniem Specjalnego Sprawozdawcy ONZ ds. Prawa do Zdrowia w zakresie realizacji prawa do zdrowia osób starszych oraz istniejących dobrych praktyk i problemów z tym związanych,
 - c) przekazaniu Komisji Europejskiej informacji nt. obowiązujących regulacji prawnych państw członkowskich mających znaczenie z punktu widzenia wdrożenia *dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej* (Dz. Urz. UE. L 88 z 04.04.2011, str. 45–65) w ramach monitorowania procesu implementacji ww. dyrektywy;
- 4) Wystąpienia Rzecznika do Ministra Zdrowia o:
- a) podjęcie interwencji przez Ministerstwo Zdrowia w przedmiocie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczeń psychiatrycznych dzieci i młodzieży w warunkach stacjonarnych na terenie województwa podlaskiego;

Rzecznik w przedmiotowej sprawie wystąpił do:

- Konsultanta Wojewódzkiego ds. Psychiatrii Dzieci i Młodzieży;
- Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Psychiatrii Dzieci i Młodzieży;
- Dyrektora Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Wojewódzkiego Podlaskiego;
- Dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
- Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego w Białymstoku.

Uzyskane stanowiska i opinie ww. organów nie przyniosły w efekcie żadnych rozwiązań. Ministerstwo Zdrowia zapewniło Rzecznika, iż małoletni pacjenci terenu woj. podlaskiego mają zapewnioną opiekę w rodzaju: opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczeń psychiatrycznych dzieci i młodzieży w warunkach stacjonarnych na terenie województwa mazowieckiego i warmińsko–mazurskiego;

- b) Wystąpienie do Ministerstwa Zdrowia w sprawie otrzymywanych skarg związanych z nieetycznym postępowaniem personelu medycznego wobec pacjentów hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych.

Rzecznik zwrócił uwagę na zjawisko poniżania pacjentów szpitali psychiatrycznych (napiętnowania), w szczególności na postawę przedstawicieli zarówno personelu: lekarskiego, pielęgniarskiego, jak i porządkowo–pomocniczego. W związku z powyższym zwrócił się do Ministra Zdrowia z apelem, by w procesie edukacji studentów kierunków medycznych (lekarskich, pielęgniarskich

itd.) uwzględnione zostały programy niwelujące opisane powyżej zjawisko, tj. programy ukazujące:

- społeczny kontekst choroby psychicznej,
- zagrożenie przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka,
- sposoby komunikacji z pacjentem trudnym, np.: agresywnym, otepiałym, zaniedbanym itd.;

- c) wystąpienie do Ministra Zdrowia o podjęcie działań w związku z terapeutycznym programem zdrowotnym dotyczącym leczenia szpiczaka mnogiego lekiem lenalidomid (Revlimid). Odpowiadając na przedmiotowe wystąpienie, Minister poinformował, iż podjął działania w celu zapewnienia dostępu pacjentom do produktu leczniczego lenalidomid, tj. osiągnął kompromis cenowy z podmiotem odpowiedzialnym, zwrócił się z prośbą do Konsultanta Krajowego w dziedzinie hematologii o wskazanie warunków i zakresu realizacji programu terapeutycznego z wykorzystaniem ww. produktu leczniczego, jak również zlecił Prezesowi Agencji Oceny Technologii Medycznych przygotowanie rekomendacji dla programu terapeutycznego z wykorzystaniem leku lenalidomid;
- d) Wystąpienie do Ministra Zdrowia o wskazanie możliwości leczenia pacjentów ze środków publicznych preparatem Nplate. W odpowiedzi Ministerstwo Zdrowia poinformowało, iż projekt programu terapeutycznego przewidujący leczenie opornych postaci pierwotnej małopłytkowości immunizacyjnej (ITP) przy wykorzystaniu produktu leczniczego Nplate jest na etapie przygotowania zlecenia przez Ministra Zdrowia Prezesowi Agencji Oceny Technologii Medycznych w celu rekomendacji zasadności zakwalifikowania przedmiotowego zlecenia, jako świadczenia gwarantowanego.
- e) wystąpienie do Ministra Zdrowia o informację o prowadzonych pracach resortu (zmianach w obowiązujących przepisach dotyczących programów terapeutycznych i chemioterapii niestandardowej) zmierzających do umożliwienia pacjentom leczenia onkologicznego zgodnie ze wskazaniami medycznymi. Dotyczyło to leków, które ujęte są w programach lekowych i z tego powodu pacjenci z innymi rozpoznanymi chorobami onkologicznymi nie mogą uzyskać zgody NFZ na leczenie w ramach chemioterapii niestandardowej. Z leczeniem onkologicznym ma również związek współpraca Rzecznika z ministrem właściwym do spraw zdrowia w zakresie chemioterapii niestandardowej. W związku z wejściem w życie od stycznia 2011 r. Zarządzenia Prezesa NFZ dotyczącego leczenia szpitalnego, który zakładał, że podawanie chemioterapii może odbywać się tylko w placówkach, w których zatrudniony jest konsultant krajowy lub wojewódzki z dziedziny onkologii, onkologii klinicznej. Rzecznik zwrócił się do pacjentów i ich rodzin, aby za pośrednictwem

infolinii zgłaszali te osoby, które z powodu wejścia w życie Zarządzenia Prezesa nie otrzymały lub mają trudność z otrzymaniem chemioterapii. We współpracy z Ministerstwem Zdrowia Rzecznik podjął działania i monitorował problem do chwili, aż wszyscy pacjenci otrzymali leczenie. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wprowadził nowe przepisy, dzięki którym pacjenci otrzymali leczenie. Świadczeniodawcy wyszli naprzeciw pacjentom i na podstawie obietnicy zwrotu kosztów kontynuowali leczenie pacjentów;

- f) sprawa możliwości uzyskania preparatu Nutramigen dla dziecka z rozpoznaną alergią po ukończeniu przez niego 2. roku życia. Ministerstwo Zdrowia w odpowiedzi na przedmiotowe wystąpienie poinformowało, iż refundacja ww. produktów leczniczych w ramach choroby przewlekłej: zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergii pokarmowe i biegunki przewlekłe nie jest ograniczana z powodu osiągnięcia przez dziecko 2. roku życia.
- g) wystąpienie o rozważenie możliwości zapewnienia dzieciom z wrodzoną toksoplazmozą opieki medycznej i rozszerzenie katalogu świadczeń pediatrycznych o leczenie zakażeń wrodzonych, z uwagi na umieszczenie zakażeń wrodzonych u dzieci, w szczególności toksoplazmozy wyłącznie w katalogu neonatologicznym, co w efekcie powoduje brak możliwości diagnozowania i leczenia niemowląt i starszych dzieci z zakażeniami wrodzonymi. Minister Zdrowia w oparciu o opinię Krajowego Konsultanta w dziedzinie pediatrii, wskazał, iż wszyscy pacjenci ze zdiagnozowaną toksoplazmozą wrodzoną są leczeni przez pierwszych 12–24 miesięcy życia, jednakże wszyscy pacjenci, którzy z powodu zakażenia mają powikłania narządowe, opóźnienie rozwoju, objęci są szeroką opieką poradni specjalistycznych i ośrodków wczesnej interwencji;
- h) wystąpienie do Ministra Zdrowia o umożliwienie leczenia ze środków publicznych osób z typem II choroby Gauchera przy użyciu preparatu Cerezyme (imigluceraza). W odpowiedzi, Ministerstwo wskazało, iż ww. produkt leczniczy został zarejestrowany przez Europejską Agencję Leków wyłącznie w leczeniu choroby Gauchera Typ I i III. W związku z powyższym nie jest możliwe wpisanie leczenia dzieci chorych na Gauchera typu II lekiem imigluceraza, jako świadczenia gwarantowanego z zakresu terapeutycznych programów zdrowotnych.

2. Formy współpracy z Ministrem Spraw Wewnętrznych i Administracji

Rzecznik wystąpił do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministra Zdrowia o przekazanie informacji dotyczącej żądania okazania dowodu osobistego przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego oraz z zapytaniem czy pacjenci mają obowiązek jego okazania w celu uzyskania świadczenia. Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji wskazał, iż wyjaśnienie, czy podmioty udzielające

świadczeń zdrowotnych mają prawo do żądania od pacjentów okazania dowodu osobistego należy do Ministra Zdrowia. Ministerstwo Zdrowia wyjaśniło, iż pracownicy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie mają podstaw do żądania od pacjentów okazania dowodu osobistego, bowiem zgodnie z *ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, nie stanowi on dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. Jednakże Ministerstwo wskazało, iż: „mając na uwadze sygnały docierające do Ministra Zdrowia ze strony świadczeniodawców wydaje się, że w przypadkach budzących uzasadnione wątpliwości co do tożsamości ubezpieczonego, zasadnym wydaje się, aby w celu weryfikacji danych stosowano praktykę okazania dowodu osobistego czy innego dokumentu spełniającego taki charakter”.

3. Formy współpracy z Ministrem Pracy i Polityki Społecznej

Podjęcie współpracy w sprawie analizy możliwości związania się przez Polskę postanowieniami *Konwencji Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych*.

4. Formy współpracy z Ministrem Sprawiedliwości

Podjęcie współpracy w związku z obroną przed Komitetem Praw Człowieka ONZ VI Sprawozdania Okresowego RP z realizacji postanowień Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych. W szczególności była poruszana kwestia zbyt długiego w ocenie Komitetu, 30-dniowego terminu do wydania decyzji przez Komisję Lekarską w sprawach związanych z przerywaniem ciąży w nawiązaniu do stosowania „klauzuli sumienia” przez przedstawicieli zawodów medycznych. Rzecznik wyjaśnił, iż zgodnie z art. 31 ust. 5 ustawy, Komisja Lekarska zobowiązana jest wydać orzeczenie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od wniesienia sprzeciwu. Powyższe oznacza, że obowiązek niezwłocznego wydania orzeczenia należy rozumieć jako obowiązek działania /orzekania/ bez zbędnej zwłoki, która mogłaby narazić pacjenta na utratę praw, w tym prawa do przeprowadzenia zgodnego z prawem zabiegu przerywania ciąży, którego dopuszczalność została określona w *ustawie z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*. Ponadto Rzecznik poinformował, iż w roku 2010 wpłynęły do Komisji Lekarskiej 3 sprzeciwy, a w okresie od stycznia do października 2011 r. 10 sprzeciwów, przy czym żaden nie dotyczył kwestii przeprowadzania zgodnego z prawem zabiegu przerywania ciąży na podstawie *ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*.

5. Formy współpracy z Ministrem Spraw Zagranicznych

Podjęcie współpracy w związku z wykonywaniem zadań w zakresie współpracy międzynarodowej:

- 1) w celu przygotowań do debaty przed Komitetem Rady Ministrów Rady Europy nt. implementacji orzeczenia Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie Tysiąc przeciwko Polsce, w szczególności w związku ze stanowiskiem Federacji na rzecz Kobiet

i Planowaniu Rodziny oraz Centrum Praw Reprodukcyjnych zawierającym uwagi do ustawy. Uwagi dotyczyły w szczególności obawy o skuteczność wprowadzonych regulacji w zakresie dostępu kobiet do legalnej aborcji;

- 2) w zakresie skargi dotyczącej odmowy dostępu do legalnej aborcji w Polsce złożonej do Komisji ds. Statusu Kobiet (Working Group on Communications on the Status of Women).

6. Formy współpracy z Rzecznikiem Praw Obywatelskich

Podjęcie współpracy w zakresie dotyczącym procedury sprzeciwu, która została wprowadzona do polskiego porządku prawnego ustawą stanowiącą realizację wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 22 marca 2007 r. w sprawie Alicji Tysiąc przeciwko Polsce (skarga nr 5410/03).

7. Formy współpracy z Najwyższą Izbą Kontroli

Podjęcie współpracy:

- 1) w zakresie przekazywania przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego kontrolerom Najwyższej Izby Kontroli (kontrolującym Szpitale) informacji w zakresie:
 - a) terminowości rozpatrywania przez dyrekcję spraw,
 - b) rodzaju spraw zgłaszanych przez pacjentów do Rzecznika,
 - c) ewentualnych trudności w wypełnianiu funkcji Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego na terenie szpitala;
- 2) Najwyższa Izba Kontroli – Delegatura w Kielcach – w zakresie skarg pacjentów dotyczących nielegalnie lub nieprawidłowo pobieranych opłat za świadczenia opieki zdrowotnej w latach 2009–2010. Współpraca ta następowała w ramach przeprowadzanej przez NIK kontroli wybranych aspektów finansowania podmiotów leczniczych w latach 2008–2010.

8. Formy współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia

- 1) wystąpienie w sprawie rozstrzygnięć konkursów przez Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ w Krakowie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w 2011 r.;
- 2) w sprawie zastrzeżeń do projektu kontraktów przedłożonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeniodawcom z terenu województwa dolnośląskiego, świadczącym świadczenia zdrowotne z zakresu psychiatrii;
- 3) wymiana informacji w przedmiocie dostępności do psychiatrycznej opieki zdrowotnej i różnych form wsparcia dla osób chorych psychicznie w oparciu o dyspozycję art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

Rzecznik występował również do właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z otrzymywanymi sygnałami dotyczącymi niewłaściwego lub niewystarczającego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych, m.in.:

- 1) o problemach w dostępie do świadczeń zdrowotnych w okulistycznej pomocy doraźnej dla dzieci na terenie województwa wielkopolskiego, w szczególności na terenie Poznania. W związku z powyższym Rzecznik podjął działania mające na celu zapewnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych w ww. zakresie, m.in. poprzez przyspieszenie przeprowadzenia stosownej procedury konkursowej przez Narodowy Fundusz Zdrowia i zawarcie odpowiednich kontraktów. W rezultacie zostały przeprowadzone konkursy ofert w rodzaju leczenie szpitalne w zakresach: okulistyka dziecięca – hospitalizacja oraz izba przyjęć zakończone rozstrzygnięciem;
- 2) o problemach w zabezpieczeniu świadczeń zdrowotnych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (poradnie położniczo–ginekologiczne oraz neurologiczne) na terenie powiatu gorlickiego. Zgodnie z wyjaśnieniami pozyskanymi od Narodowego Funduszu Zdrowia – Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego w Krakowie, ilość świadczeń zakontraktowanych na rok 2011 była większa od ilości w roku 2010. O wyborze świadczeniodawców do realizacji umów zadecydowała procedura konkursowa, która nie gwarantowała kontynuacji umowy dotychczasowym świadczeniodawcą, jeżeli jego oferta została oceniona niżej niż oferty pozostałych podmiotów, w tym nowych oferentów. Nakłady finansowe dedykowane na świadczenia, mimo iż wyższe niż w roku 2010, nie pozwoliły na zakontraktowanie wszystkich placówek przystępujących do konkursu, natomiast obowiązujące szczegółowe kryteria oceny ofert, jak również zapisy ustawowe oraz praktyka orzecznicza (decyzja Prezesa UOKiK nr RWA – 9/2009 z dnia 10 lipca 2009 r.) nie pozwalają na stosowanie jakichkolwiek preferencji wobec „starych” świadczeniodawców – takie właśnie praktyki byłyby uznane za przejaw nierównego traktowania. Rozstrzygnięcia konkursów są więc wyłącznie wynikiem zastosowania jednolitych i wynikających z przepisów prawa kryteriów oceny ofert, po uprzednim przeprowadzeniu negocjacji z wszystkimi podmiotami, których oferty nie zostały odrzucone z powodu niespełniania wymagań bezwzględnych;
- 3) w związku z otrzymaną Rezolucją Rady Miasta Krakowa zebranej na sesji w dniu 12 stycznia 2011 r. zawierającą protest z powodu niewłaściwego sposobu kontraktowania usług medycznych przez Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia oraz wystąpieniami Związku Pracodawców Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej i Urzędu Gminy Rudna dotyczącymi również nieprawidłowości w ww. zakresie; Rzecznik ponownie wystąpił do Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia z prośbą o zajęcie stanowiska w zakresie informowania pacjentów o kontynuowaniu leczenia u innego świadczeniodawcy oraz miejsca w kolejkach oczekujących na świadczenie zdrowotne,

a w szczególności, czy pacjenci będą musieli ponownie oczekiwać w kolejce na udzielanie świadczeń zdrowotnych w przypadku, gdy świadczeniodawca nie podpisał kontraktu z NFZ, a pacjent był wpisany na listę oczekujących u danego świadczeniodawcy;

- 4) w związku z Uchwałą Nr IX/108/11 Rady Miejskiej w Nowym Dworze Mazowieckim z dnia 21 czerwca 2011 r. w sprawie nieprawidłowości z zapewnieniem dostępu do świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego na terenie powiatu nowodworskiego; Rzecznik powziął czynności zmierzające do wyjaśnienia powyższej kwestii. Z informacji pozyskanych od Narodowego Funduszu Zdrowia – Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego w Warszawie wynika, że świadczeniodawca został wybrany w trybie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert w rodzaju ratownictwo medyczne w zakresach: świadczenia udzielane przez podstawowe zespoły ratownictwa medycznego oraz świadczenia udzielane przez specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego na terenie powiatu nowodworskiego. W przedmiotowym postępowaniu wpłynęły oferty złożone przez dwa podmioty, w tym przez dotychczasowego świadczeniodawcę oraz nowego oferenta. W wyniku oceny ofert oraz z zastosowaniem zasad równego traktowania gwarantujących uczciwą konkurencję, konkurs został rozstrzygnięty i wybrano ofertę złożoną przez nowego oferenta. Podkreślono również, iż Decyzją nr RWA-9/2009 z dnia 10 lipca 2009 Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów nałożył na NFZ karę pieniężną. Uznał on, że NFZ, przyjmując do oceny ofert w postępowaniach w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej kryterium ciągłości (zapewnienia kontynuacji) leczenia przez podmiot, który dotychczas realizował umowę, ograniczał konkurencję i naruszał zakaz, o którym mowa w art. 134 ust. 1 ustawy, przeciwdziałając ukształtowaniu się warunków niezbędnych do powstania i rozwoju konkurencji. Prezes UOKiK uznał, że faworyzowanie przez NFZ swoich dotychczasowych kontrahentów jest przejawem nierównego traktowania oferentów, co pozostaje w sprzeczności z wynikającą z ustawy zasadą konkurencyjnego wyboru przez NFZ świadczeniodawcy;
- 5) w związku z informacją pozyskaną od Pracodawców RP, iż wyrażają oni obawę o możliwość zapewnienia najlepszej jakości opieki zdrowotnej mieszkańcom Lubelszczyzny, jak i o pogorszenie dostępności do świadczeń medycznych w całym kraju. Powyższe stanowisko Pracodawców RP było związane z faktem, iż Konwent Szpitali Wojewódzkich, Klinicznych i Resortowych Miasta Lublin podjął w dniu 19 stycznia br. Uchwałę, która zmierzała do wypowiedzenia przez wszystkich członków Konwentu, zrzeszającego największe lubelskie szpitale publiczne, niepublicznym placówkom umów na zabezpieczenie, realizację oraz podwykonawstwo świadczeń zdrowotnych. W ocenie Pracodawców RP decyzja ta powoduje niespełnianie wymogów Narodowego Funduszu Zdrowia na wykonywanie świadczeń usług zdrowotnych, co powinno wiązać

się z wypowiedzeniem zawartych kontraktów. Po podjęciu działań mających na celu wyjaśnienie zaistniałej sytuacji Rzecznik powziął wiadomość, iż przedmiotowa sprawa w dużej mierze nie dotyczy realizacji świadczeń w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z NFZ. Ponadto NFZ – Lubelski Oddział Wojewódzki w Lublinie zapewnił, iż Oddział – jako strona umów zawartych ze świadczeniodawcami, których dotyczy treść przedmiotowej uchwały, monitoruje, czy wypowiedzenie tych umów ma wpływ na spełnienie przez świadczeniodawców wymogów dotyczących realizacji umów określonych odpowiednimi rozporządzeniami „koszykowymi” Ministra Zdrowia oraz zarządzeniami Prezesa NFZ dotyczącymi poszczególnych zakresów świadczeń.

9. Formy współpracy z Konsultantami Wojewódzkimi w Dziedzinie Psychiatrii to m.in.:

- 1) wystąpienie o zajęcie stanowiska w sprawie, w szczególności, czy lekarz psychiatra może wydać osobie chorej psychicznie (z rozpoznaniem – schizofrenia) zaświadczenie „*wykluczające chorobę psychiczną*” – dot. skierowania pacjenta na leczenie uzdrowiskowe (opinię wykorzystano do postępowania wyjaśniającego oraz do działań systemowych);
- 2) wystąpienie o zajęcie stanowiska w przedmiocie zgłoszonego problemu przez dorosłych pacjentów z rozpoznaniem *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD) w zakresie dostępności do świadczeń zdrowotnych (opinię wykorzystano do działań systemowych);
- 3) wystąpienie o zajęcie stanowiska w przedmiocie działania personelu medycznego odnośnie nieprzeprowadzenia badań diagnostycznych wobec pacjentki, która podczas pobytu w szpitalu doznała urazu kręgosłupa – w kontekście ustaleń poczynionych przez Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (opinię wykorzystano do postępowania wyjaśniającego).

10. Formy współpracy z Konsultantem Krajowym w Dziedzinie Psychiatrii to m.in.:

- 1) wystąpienie o zajęcie stanowiska w zakresie kierowania i kwalifikowania osób chorych psychicznie do leczenia uzdrowiskowego (opinię wykorzystano do działań systemowych);
- 2) wystąpienie o zajęcie stanowiska w przedmiocie zgłoszonego problemu przez dorosłych pacjentów z rozpoznaniem ADHD w zakresie dostępności do świadczeń zdrowotnych (opinię wykorzystano do działań systemowych);
- 3) wystąpienie o zajęcie stanowiska w przedmiocie zastosowanego przymusu bezpośredniego wobec pacjentki hospitalizowanej w szpitalu ogólnym (opinię wykorzystano do postępowania wyjaśniającego oraz do działań systemowych);
- 4) wystąpienie o zajęcie stanowiska do Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych (opinię wykorzystano do postępowania wyjaśniającego).

11. Formy współpracy z Państwowym Wojewódzkim Inspektorem Sanitarnym w Warszawie

Zbadanie sprawy skali zachorowań pacjentów na chorobę zakaźną – świerzb w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „DREWNIKA” w Ząbkach. We wskazanej placówce przeprowadzono kontrole sanitarne, w wyniku których wydano stosowne zalecenia odnośnie dokumentowania choroby zakaźnej, sposobu przestrzegania procedur postępowania w ww. zakresie.

X. PRZEDSTAWIANIE WŁAŚCIWYM ORGANOM WŁADZY PUBLICZNEJ, ORGANIZACJOM I INSTYTUCJOM ORAZ SAMORZĄDOM ZAWODÓW MEDYCZNYCH OCEN I WNIOSKÓW ZMIERZAJĄCYCH DO ZAPEWNIENIA SKUTECZNEJ OCHRONY PRAW PACJENTA

W 2011 r. Rzecznik występował do właściwych organów władzy publicznej, organizacji, instytucji oraz samorządów zawodów medycznych w celu przedstawienia ocen i wniosków:

- 1) Minister Zdrowia (12),
- 2) Minister Administracji i Cyfryzacji (1),
- 3) Minister Edukacji Narodowej (1),
- 4) Minister Pracy i Polityki Społecznej (1)
- 5) Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego (1),
- 6) Minister Obrony Narodowej (1),
- 7) Minister Sprawiedliwości (1),
- 8) Narodowy Fundusz Zdrowia (17),
- 9) Wojewódzki Konsultant w Dziedzinie Psychiatrii (20),
- 10) Krajowy Konsultant w Dziedzinie Psychiatrii (6),
- 11) Krajowy Konsultant w Dziedzinie Pielęgniarstwa Psychiatrycznego (1),
- 12) Krajowy Konsultant w Dziedzinie Pielęgniarstwa Opieki Długoterminowej (1),
- 13) Najwyższa Izba Kontroli (6),
- 14) Polska Rada Ratowników Medycznych (1),
- 15) Rzecznik Praw Dziecka (4),
- 16) Prezydent m.st. Warszawy (1),
- 17) Główny Inspektorat Nadzoru Budowlanego (1),
- 18) Główny Inspektorat Sanitarny (1),
- 19) Państwowa Straż Pożarna (1).

1. Szczegółowe informacje o wystąpieniach Rzecznika i podejmowanych działaniach w celu zapewnienia skutecznej ochrony praw pacjentów, m.in.:

1) Wystąpienie do Ministra Administracji i Cyfryzacji

Wystąpienie w przedmiocie podjęcia dalszych działań i uwrażliwienia podległych wojewodów na konieczności promocji i rozwoju form oparcia społecznego dla osób chorych psychicznie w postaci tzw. mieszkań chronionych.

2) Wystąpienie do wojewodów:

- 1) z wnioskiem o podjęcie inicjatywy mającej na celu powołanie konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego na terenie województwa łódzkiego;
- 2) wystąpienie w przedmiocie konieczności promocji i rozwoju form oparcia społecznego dla osób chorych psychicznie w postaci tzw. mieszkań chronionych. W odpowiedzi Rzecznik otrzymał szczegółowe informacje i plany poszczególnych województw odnośnie promocji i tworzenia nowych miejsc przedmiotowej formy wsparcia dla osób chorych psychicznie;
- 3) wystąpienie w sprawie podjęcia inicjatywy edukacyjnej mającej na celu eliminowanie nieetycznych zachowań personelu medycznego wobec pacjentów hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych. W szczególności zwrócono uwagę na społeczny kontekst choroby psychicznej, zagadnienie przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka oraz sposoby komunikacji z pacjentem trudnym np.: agresywnym, otepiałym, zaniedbanym itd. Wojewodowie rzeczzone wystąpienie przekazali do Dyrektorów Szpitali, konsultantów wojewódzkich, rektorów uczelni, etc. Poddano analizie skalę zgłaszanych spraw (skarg);
- 4) w 2011 r. Rzecznik odnotował wzrost liczby wniosków dotyczących nienależytego wykonywania praw pacjenta, w szczególności prawa do informacji o swoim stanie zdrowia, prawa pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego do wyrażenia zgody na udzielenie informacji innej osobie oraz prawa pacjenta do dokumentacji medycznej oraz prawa pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego do udzielenia upoważnienia do dostępu do dokumentacji medycznej osobie trzeciej. W związku z powyższym Rzecznik wystąpił do Wojewodów jako podmiotów prowadzących rejestry podmiotów leczniczych mających siedzibę na terenie danego województwa, z prośbą o przekazanie rekomendacji Rzecznika w tym zakresie. Ponadto z zapytaniami w ww. zakresie występowały do Rzecznika same podmioty lecznicze, organy samorządów terytorialnych będące organami założycielskimi podmiotów leczniczych, oddziały

wojewódzkie NFZ. Do wszystkich podmiotów również zostały skierowane stosowne wyjaśnienia.

3) Wystąpienie do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej

W związku z licznie napływającymi sygnałami od osób pozbawionych wolności, w których podnoszone są zarzuty dotyczące nieprawidłowości leczenia podczas odbywania kary pozbawienia wolności oraz nieprawidłową realizacją prawa ww. osób do świadczeń zdrowotnych uregulowanego w art. 102 pkt 1 i art. 115 *Kodeksu karnego wykonawczego*, Rzecznik wystąpił do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej o udzielenie informacji dotyczącej sposobu sprawowania kontroli nad prawidłowym wykonywaniem prawa osób pozbawionych wolności do świadczeń zdrowotnych.

4) Wystąpienie Konsulatu Generalnego Republiki Federalnej Niemiec w Gdańsku

W związku z wystąpieniem Konsulatu Generalnego Republiki Federalnej Niemiec w Gdańsku w sprawie możliwości informowania Konsulatu oraz osób bliskich o przypadkach hospitalizacji pacjentów posiadających niemieckie obywatelstwo, Rzecznik wyraził swoje stanowisko dotyczące zakresu i sposobów przekazywania ww. informacji zgodnie z regulacjami zawartymi w Konwencji Wiedeńskiej o stosunkach konsularnych sporządzonej w Wiedniu w dniu 24 kwietnia 1963 r. (Dz. U. Nr 13, poz. 98) oraz w kontekście regulacji polskich, w szczególności *ustawy* oraz *ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.).

5) Wystąpienie do Prezydenta m.st. Warszawy:

- 1) wystąpienie w przedmiocie konieczności promocji i rozwoju form oparcia społecznego dla osób chorych psychicznie w postaci tzw. mieszkań chronionych. W wystąpieniu Rzecznik zwrócił uwagę zarówno na konieczność powstawania alternatywnych form wsparcia dla byłych pacjentów szpitali psychiatrycznych, jak i rzeczywiste wymierne efekty terapii zaburzeń psychicznych, jakie przynoszą ww. rozwiązania;
- 2) wystąpienie w sprawie pobierania kaucji za świadczenia zdrowotne w przypadku nieposiadania przy sobie dokumentu ubezpieczenia. W odpowiedzi Prezydent oświadczył, iż Dyrektor Zakładu stosujący praktykę pobierania kaucji został zobowiązany do jej zaprzestania.

6) Wystąpienie do Polskiej Rady Ratowników Medycznych

Rzecznik poparł inicjatywę Polskiej Rady Ratowników Medycznych w sprawie projektu opracowanego formularza karty zastosowania przymusu bezpośredniego przez kierującego akcją medyczną – wnosząc również poprawki do niniejszego projektu.

7) Wystąpienie do Głównego Inspektora Sanitarnego, Komendanta Głównego Państwowej Straży Pożarnej oraz Głównego Inspektora Nadzoru Budowlanego

W 2011 r. Rzecznik zainicjował oraz monitorował ogólnopolskie akcje kontrolne służb inspekcji sanitarnej, straży pożarnej oraz nadzoru budowlanego w szpitalach psychiatrycznych oraz oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych na terenie całego kraju. W wystąpieniu odpowiednio do Głównego Inspektora Sanitarnego, Komendanta Głównego Państwowej Straży Pożarnej oraz Głównego Inspektora Nadzoru Budowlanego Rzecznik przekazał informacje odnośnie do identyfikowanych nieprawidłowości w poszczególnych obszarach, jednakże przekraczających kompetencje Rzecznika. Szczegółowe wyniki działań w obszarze bezpieczeństwa sanitarnego, warunków technicznych obiektów budowlanych oraz bezpieczeństwa przeciwpożarowego szpitali psychiatrycznych i oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych zostały zawarte w *załączniku nr 2* do sprawozdania.

8) Wystąpienie do Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Krakowie

- 1) wystąpienie o przekazanie informacji o podstawach prawnych i przyczynach wprowadzenia zasady comiesięcznego uzyskiwania przez pacjentów od lekarza zlecenia na zaopatrzenie w worki stomijne. Sprawa została pozytywnie rozpatrzona;
- 2) wystąpienie o informacje w sprawie konieczności comiesięcznego potwierdzenia zlecenia na zestawy infuzyjne do osobistych pomp insuliny. W odpowiedzi poinformowano, że od 1 kwietnia 2011 r. zaopatrzenie w zestawy infuzyjne może być realizowane w systemie kwartalnym.

9) Wystąpienie do Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych

Wystąpienie z zapytaniem czy lek Avastin (Bevacizumab) może być lekiem stosowanym w terapii pacjentów cierpiących na wysiękową postać zwyrodnienia plamki żółtej, związanej z wiekiem (AMD) i otrzymać rekomendację świadczenia gwarantowanego w leczeniu tego schorzenia. W odpowiedzi, Prezes Agencji wskazał, iż Wydział Oceny Technologii Medycznych wznowił prace w przedmiocie stosowania Avastinu w AMD. Obecnie w programie refundowany jest tylko lek Lucentis.

10) Wystąpienie do Narodowego Funduszu Zdrowia

- 1) wystąpienie z prośbą o informacje dotyczącą działań NFZ w obszarze kontraktowania świadczeń z uwzględnieniem aspektów wynikających z dążenia do zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych osobom niepełnosprawnym. Fundusz wskazał, iż oceniając oferty w postępowaniu konkursowym na zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przyznaje dodatkowe punkty oferentom, którzy zapewniają osobom niepełnosprawnym ruchowo właściwe warunki dostępu w miejscu wykonywania świadczeń. Co więcej, NFZ uwzględniając potrzeby osób niepełnosprawnych stara się systemowo rozwiązywać problemy związane z niepełnosprawnością, dofinansowuje większą część zaleconych przez lekarza środków pomocniczych oraz przedmiotów ortopedycznych; jak również corocznie zwiększa pulę środków finansowych przekazywanych na realizację zadań związanych z zakresem rehabilitacja lecznicza;
- 2) wystąpienie z prośbą o zajęcie stanowiska w przedmiocie problemów w dostępie do recept dla pacjentów przewlekle chorych. W odpowiedzi Prezes poinformował, iż obecnie obowiązujące przepisy prawa pozwalają lekarzowi na wystawianie recept na leki w ilości zabezpieczającej 3–miesięczną kurację, co umożliwia lekarzowi korektę terapii i skontrolowanie stosowania zaleceń lekarskich przez pacjenta.

11) Wystąpienie do Ministra Zdrowia

Wystąpienie o przekazanie informacji czy przewidywane zmiany *ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych* nie stwarzają zagrożenia ze względu na poziom odpłatności do leczenia chorych na fenyloketonurię. Ministerstwo wskazało, iż proponowane w ww. ustawie rozwiązania nie spowodują ograniczenia dostępności chorych na fenyloketonurię do różnorodnych produktów żywieniowych, bowiem istnieje możliwość, aby środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, które różnią się składem kwalifikowane były do oddzielnych grup limitowych, po zasięgnięciu opinii Rady Przejrzystości, opierającej się w szczególności na porównaniu wielkości kosztów uzyskania podobnego lub dodatkowego efektu zdrowotnego.

XI. WSPÓŁPRACA Z ORGANIZACJAMI POZARZĄDOWYMI, SPOŁECZNYMI I ZAWODOWYMI, DO KTÓRYCH CELÓW STATUTOWYCH NALEŻY OCHRONA PRAW PACJENTÓW

W 2011 r. Rzecznik podejmował współpracę z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjentów oraz których działalność

jest bezpośrednio lub pośrednio związana z dbałością o jakość udzielanych świadczeń i ochronę praw pacjentów.

1. Współpraca z Biurem Rzecznika Praw Osób Uzależnionych

W związku z pozyskaną z Biura Rzecznik Praw Osób Uzależnionych informacją o podjęciu *Uchwały nr 51/2010 Zarządu Głównego Stowarzyszenia MONAR z dnia 2 września 2010 r. w sprawie rozwiązania Centrum Terapii Narkomanów MONAR w Krakowie*, oraz z prośbą o interwencję w tej sprawie, Rzecznik podjął działania mające na celu zapobiegnięcie likwidacji Centrum. W tej sprawie w szczególności wystąpił do Prezydenta Miasta Krakowa oraz do Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii. Centrum Terapii Narkomanów MONAR Kraków to jedyna w Polsce zintegrowana oferta pomocy osobom uzależnionym, obejmująca swoim zasięgiem duże miasto i region. W efekcie Kraków posiada najbardziej bogatą, a zarazem najtańszą ofertę pomocowo–lecniczą dla osób problemowo używających narkotyków. Centrum w latach 90. walczyło przyczyniło się do modernizacji polskiego systemu leczenia, do jego otwarcia się na doświadczenia innych krajów. Jak wskazuje w swoim wystąpieniu przedstawiciel Biura Rzecznika Praw Osób Uzależnionych, likwidacja Centrum Terapii Narkomanów MONAR w Krakowie to ogromna klęska polskiego systemu leczenia osób uzależnionych.

2. Współpraca z Okręgową Radą Pielęgniarek i Położnych w Radomiu

W związku z wystąpieniem Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Radomiu z prośbą o wyjaśnienie kwestii stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów hospitalizowanych w szpitalu niepsychiatrycznym, Rzecznik podjął współpracę w tym zakresie w celu wyjaśnienia ww. wątpliwości. Rzecznik w szczególności wskazał, iż możliwość stosowania przymusu bezpośredniego, zgodnie z art. 18 *rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz. U. Nr 103, poz. 514)*, dopuszcza możliwość stosowania przymusu bezpośredniego wyłącznie w wymienionych w *ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia* sytuacjach oraz przez wskazane w ustawie osoby i tylko w przypadku, gdy zachowanie pacjenta jest wynikiem zaburzeń psychicznych, przy czym przymus może być stosowany do czasu ustąpienia zaburzenia psychicznego powodującego przedmiotowe zachowanie. Świadczenia zdrowotne powinny mieć na celu również przywrócenie równowagi psychicznej pacjenta. Przymus bezpośredni nie może być jednak stosowany wobec osób, które zachowań niebezpiecznych dopuszczają się świadomie i w pełni kierując swoimi czynami; w takich przypadkach przepisy *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego* nie mogą mieć zastosowania, a właściwe działania powinny podejmować odpowiednie służby. Rzecznik podkreślił również, że zgodnie z art. 18 ust. 2 *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego* każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o jego zastosowaniu powinien zostać odnotowany

w dokumentacji medycznej pacjenta. W związku z pojawiającymi się z różnych źródeł sygnałami o problemach w tym obszarze, niniejsza tematyka będzie przedmiotem działań Rzecznika również w innych formach.

3. Współpraca z Wydziałem Farmaceutycznym Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

W związku z sygnałami otrzymanymi z Wydziału Farmaceutycznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego o problemach w zakresie różnego poziomu wykształcenia pracowników aptek i braku informacji na ten temat dla pacjentów, Rzecznik współpracował w tym zakresie z Głównym Inspektorem Farmaceutycznym. Problem dotyczył w szczególności braku obowiązku noszenia identyfikatorów przez pracowników aptek, wskazywano również na zagwarantowanie przez apteki personelu z odpowiednim przygotowaniem do udzielania informacji i porad o leku, wraz z jego sprzedażą. Podnoszono, iż w Polsce obecnie większość personelu stanowią osoby bez wykształcenia wyższego, a często również bez matury. W odpowiedzi wskazano, iż zgodnie z art. 90 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – *Prawo farmaceutyczne* (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.), zwanej dalej „*Prawem farmaceutycznym*”, przy wykonywaniu w aptece czynności fachowych mogą być zatrudnieni wyłącznie farmaceuci i technicy farmaceutyczni w granicach ich uprawnień zawodowych. Na mocy art. 91 ust. 1 *Prawa farmaceutycznego* określone czynności fachowe w aptece polegające na sporządzaniu, wytwarzaniu, wydawaniu produktów leczniczych zawierających w swoim składzie określone substancje mogą wykonywać wyłącznie technicy farmaceutyczni posiadający odpowiednią praktykę. Ponadto, art. 91 ust. 2 *Prawa farmaceutycznego* pozwala technikowi farmaceutycznemu pracującemu w aptece szpitalnej wykonywać także czynności pomocnicze przy sporządzaniu i przygotowywaniu preparatów leczniczych, o których mowa w art. 86 ust. 3 pkt 1 – 4 oraz pkt 6 *Prawa farmaceutycznego*. Powyżej przedstawione przepisy umożliwiają technikom farmacji podjęcie pracy w aptece, stosownie do wynikających uprawnień. Główny Inspektor Farmaceutyczny zaznaczył, że czynności zawodowe wykonywane zarówno przez farmaceutę, jak i technika farmaceutycznego zgodnie z obowiązującym prawem często pokrywają się i są wykonywane przez przedstawicieli obu tych zawodów, przy czym zakres kompetencji magistra farmacji jest zdecydowanie szerszy. Ponadto *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2002 r. w sprawie odbywania praktyki w aptece przez technika farmaceutycznego* (Dz. U. Nr 126, poz. 1082 oraz z 2005 r. Nr 12, poz. 1032) wydane na podstawie art. 91 ust. 3 *Prawa farmaceutycznego* zawiera program praktyki w aptece oraz sposób i tryb jej odbywania przez technika farmaceutycznego, uwzględniając w szczególności zakres wiedzy niezbędnej do wykonywania przytoczonych czynności. Natomiast w zakresie wprowadzenia identyfikatorów pozwalających odróżnić farmaceutę od technika, przepisy prawa nie nakładają takiego obowiązku. Mimo to Okręgowe Izby Aptekarskie nakładają ten obowiązek na aptekarzy wydając stosowne uchwały, a zgodnie z art. 23a *Kodeksu Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej* uchwalonego

na *Nadzwyczajnym Krajowym Zjeździe Aptekarzy w Lublinie w dniu 25 kwietnia 1993 r.*, „aptekarz jest obowiązany do przestrzegania uchwał podjętych przez uprawnione organy samorządu aptekarskiego”. Egzekucja powyższego pozostaje w zakresie kompetencji rzeczników odpowiedzialności zawodowej właściwych okręgowych izb aptekarskich.

4. Współpraca ze Związkiem Pracodawców Mazowieckie Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia

Związek Pracodawców Mazowieckie Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia wystąpił do Rzecznika w sprawie dotyczącej szczepień zalecanych i dopuszczalnych kosztów, jakie może ponosić pacjent w związku z realizacją takich szczepień, w szczególności o dopuszczalności żądania od pacjenta poddającego się zalecanemu szczepieniu ochronnemu opłaty wyższej niż koszt zakupu szczepionki w związku z art. 19 ust. 7 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.). Zgodnie z ww. art. 19 ust. 7 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, osoba poddająca się zalecanemu szczepieniu ochronnemu ponosi koszty zakupu szczepionki. W ocenie Rzecznika niezależnie od miejsca zakupu szczepionki pacjent ma obowiązek ponieść przedmiotowy koszt, natomiast istotne jest, aby pacjent został prawidłowo poinformowany o tym, że możliwość zakupu szczepionki istnieje także w innych miejscach. Brak takiej informacji może zostać uznany jako przymuszanie do zakupu szczepionki u lekarza, który będzie wykonywał leczenie, co w konsekwencji mogłoby naruszać prawa pacjenta do informacji, o którym mowa w art. 9 ustawy. Natomiast wysokość ceny zakupu szczepionki jest kształtowana przez gospodarkę rynkową, dlatego pacjent, który jest należycie poinformowany o możliwości dokonania zakupu w innym miejscu, dokonuje świadomego wyboru i nie narusza to jego praw jako pacjenta.

5. Współpraca ze Związkiem Pracodawców Ochrony Zdrowia Wielkopolskie Porozumienie Zielonogórskie

W związku z wystąpieniem Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia Wielkopolskie Porozumienie Zielonogórskie z problemami dotyczącymi realizacji obowiązku pozyskiwania oświadczeń pacjentów o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia, oświadczenia o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia oraz oświadczenie o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, Rzecznik potwierdził, iż pozyskiwanie ww. oświadczeń jest niezbędne w celu prawidłowej realizacji określonych praw pacjentów. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*

zawiera regulacje prawne dotyczące obowiązku zbierania upoważnień do dostępu do dokumentacji medycznej oraz zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych, które są zgodne z przepisami ustawy.

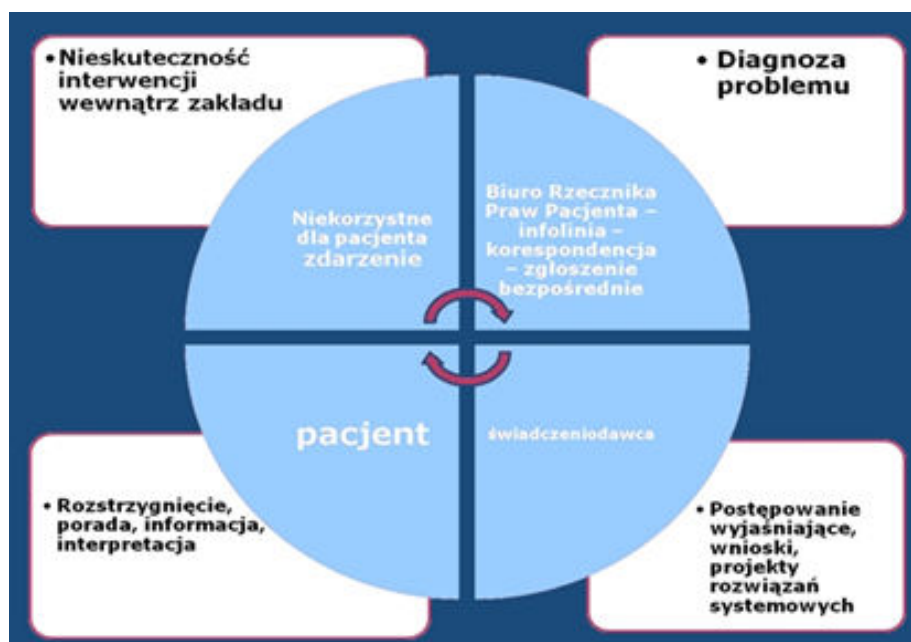
6. Współpraca z Federacją na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny

Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny w sprawie R.R. przeciwko Polsce wystąpiła do Rzecznika w sprawie niemożności odwołania się od opinii albo orzeczenia lekarza. Federacja wskazywała na bardzo wąski zakres przypadków, w których pacjentki mogą skorzystać z możliwości wniesienia sprzeciwu od opinii lekarza, gdy dotyczy ona stanu zdrowia pacjentki. Nie jest to natomiast możliwe w przypadku np. odmowy wydania skierowania na badania prenatalne. Rzecznik wyjaśnił, że w odniesieniu do kobiet w ciąży te wymagania fachowe zostały zawarte m.in. w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem* (Dz. U. Nr 187, poz. 1259). W ww. rozporządzeniu został określony m.in. zakres badań diagnostycznych i konsultacji medycznych wykonywanych u kobiet w okresie ciąży. Wśród nich jest m.in. badanie usg, które należy wykonać pomiędzy 11. a 14. tygodniem ciąży, którego wynik będzie wskazywał na konieczność (albo jej brak) wykonania inwazyjnych badań prenatalnych. Odmowa skierowania na badania prenatalne uprawnia pacjentkę do złożenia sprzeciwu do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, możliwe jest również złożenie wniosku o wszczęcie postępowania wyjaśniającego w zakresie prawa do świadczeń zdrowotnych.

XII. ANALIZA SKARG PACJENTÓW W CELU OKREŚLENIA ZAGROŻEŃ I OBSZARÓW W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA WYMAGAJĄCYCH NAPRAWY

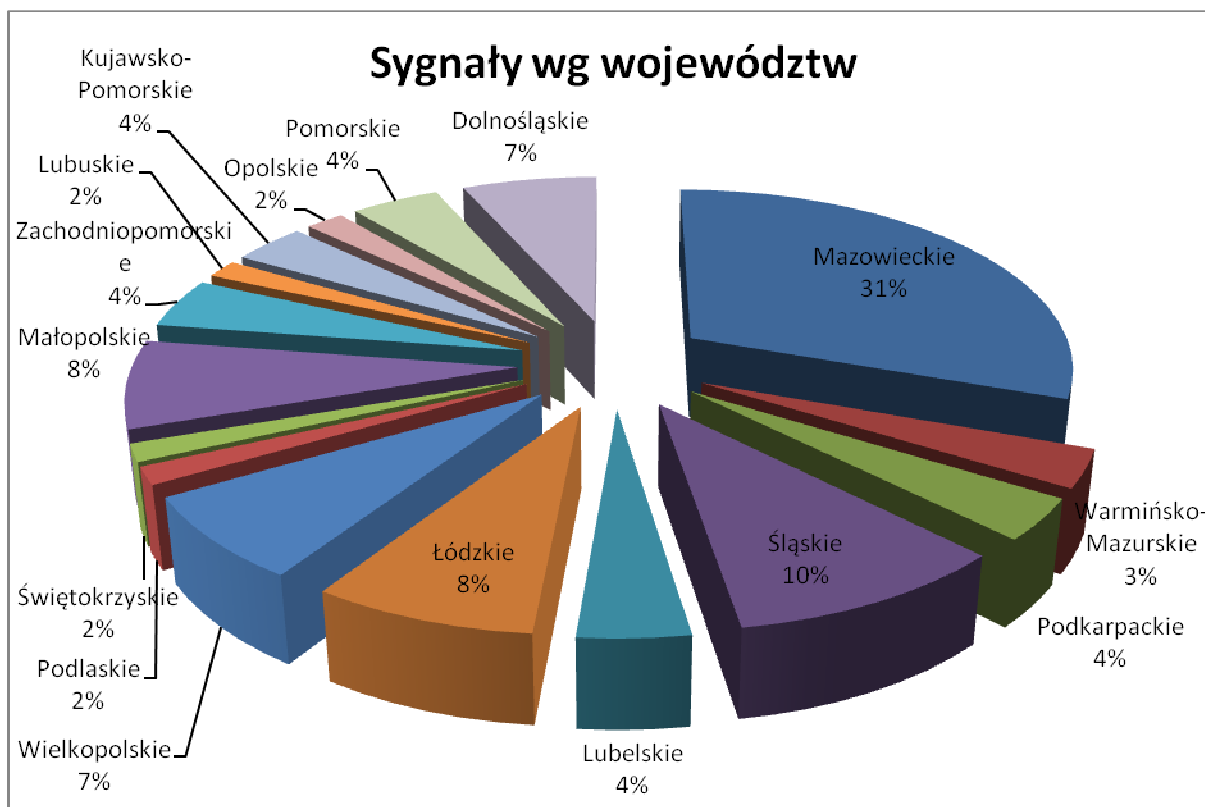
Ogólnopolska bezpłatna infolinia 800–190–590 jest czynna od poniedziałku do piątku w godz. 9.00–21.00, to sztandarowe rozwiązanie Biura Rzecznika Praw Pacjenta dla interesantów. Działanie takie ma na celu bezpośredni kontakt z osobami nie tylko poszkodowanymi w wyniku działań niezgodnych z obowiązującym prawem w zakresie ochrony praw pacjenta, ale także zainteresowanymi prawami pacjenta i obowiązującymi w tym obszarze przepisami prawa. Taka forma działalności znacznie przyspiesza możliwość otrzymania pomocy, informacji, a w sytuacjach kryzysowych daje możliwość szybkiego i skutecznego reagowania.

Wartość edukacyjną funkcjonującej w Biurze infolinii jest niezwykle ważną. Każda osoba może w prosty i szybki sposób skontaktować się ze specjalistami w celu uzyskania konkretnej informacji, potrzebnej w danej chwili. Ponieważ tendencja ilościowa rozmów prowadzonych na infolinii jest silnie wzrostowa, skutkiem tego jest stały wzrost prawnej świadomości, jak również efektywna popularyzacja praw przysługujących każdemu pacjentowi.

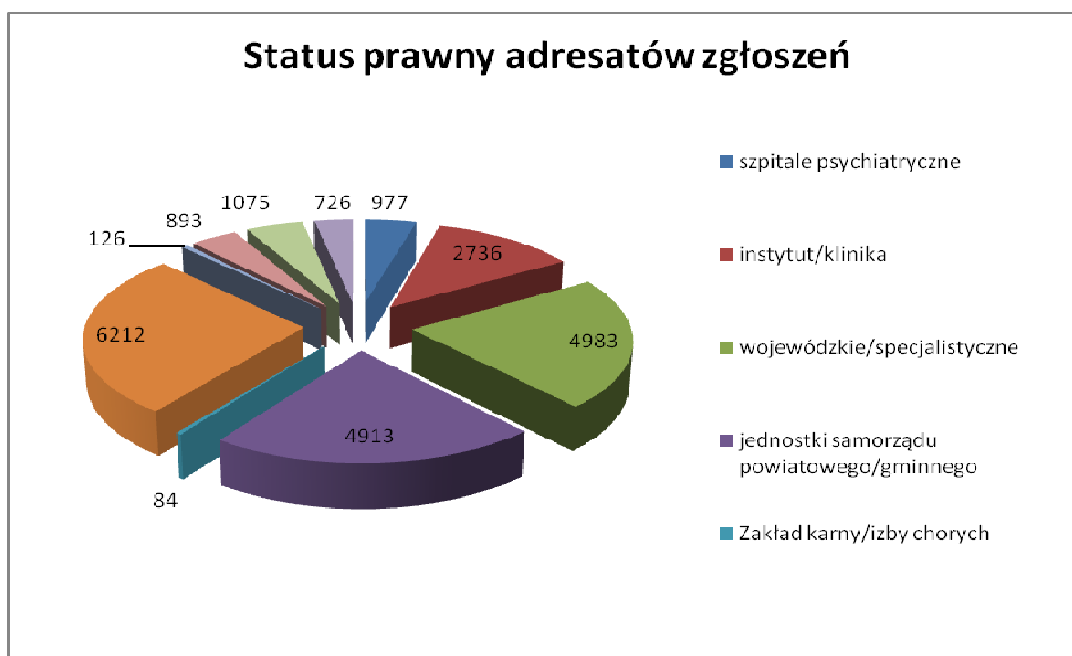


Rysunek 7 Klasyczny cykl działania Infolinii

W 2011 r. zarejestrowano 22 725 przeprowadzonych rozmów telefonicznych. Poniższe wykresy i tabele przedstawiają dane dotyczące przekazywanych sygnałów w ujęciu statystycznym.



Wykres 7 Dane dotyczące pacjentów korzystających z kontaktu z Biurem za pośrednictwem infolinii z podziałem na województwa



Wykres 8 Podział adresatów zgłoszeń kierowanych do Biura Rzecznika Praw Pacjenta

Sygnały zgłoszone za pośrednictwem infolinii są przedmiotem analizy m.in. na ich podstawie Rzecznik podejmuje działania systemowe zwracając się organów, instytucji o podjęcie działań w celu

zapewnienia pacjentom przestrzegania ich praw. Poniższa tabela przedstawia analizę przeprowadzonych rozmów telefonicznych z podziałem na poszczególne prawa pacjenta.

Określenie prawa, którego dotyczyły sygnały	Wskazanie obszaru zagadnienia	liczba	struktura
ochrona zdrowia psychicznego		1494	6,7
	stosowanie przymusu bezpośredniego	489	
	postępowanie lecznicze w stosunku do osoby leczonej bez zgody	279	
	wniosek o wypisanie osoby ze szpitala psychiatrycznego, która przebywa tam bez zgody	280	
	prawo do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w zakresie opieki psychicznej	446	
prawo do dokumentacji		2303	10,2
	odmowa czasowego udostępnienia oryginału	321	
	odmowa kopii	1242	
	odmowa wersji elektronicznej	321	
	odmowa wglądu	14	
	odmowa wglądu po śmierci pacjenta	70	
	zastrzeżenia do prowadzenia dokumentacji medycznej	335	
prawo do informacji		739	3,3
	lakoniczność w udzieleniu informacji	405	
	odmowa pełna przekazania informacji	334	
prawo do intymności i godności		158	0,9
	naruszenie zasad poszanowania godności pacjenta	84	
	realizacja procedury medycznej bez zgody pacjenta	14	
	realizacja procedury medycznej w obecności innych osób	60	
prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego		698	3,3
	naruszenie zasad poszanowania godności pacjenta	28	
	obecność osób nieuprawnionych w trakcie wykonywania badania	209	
	odmowa dodatkowej opieki pielęgnacyjnej w szpitalu	84	
	odmowa obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczenia	377	
prawo do sprzeciwu od opinii		140	0,7
	opinia	56	
	orzeczenie	84	
prawo do świadczeń opieki zdrowotne		16640	73,2
	błąd medyczny	3029	

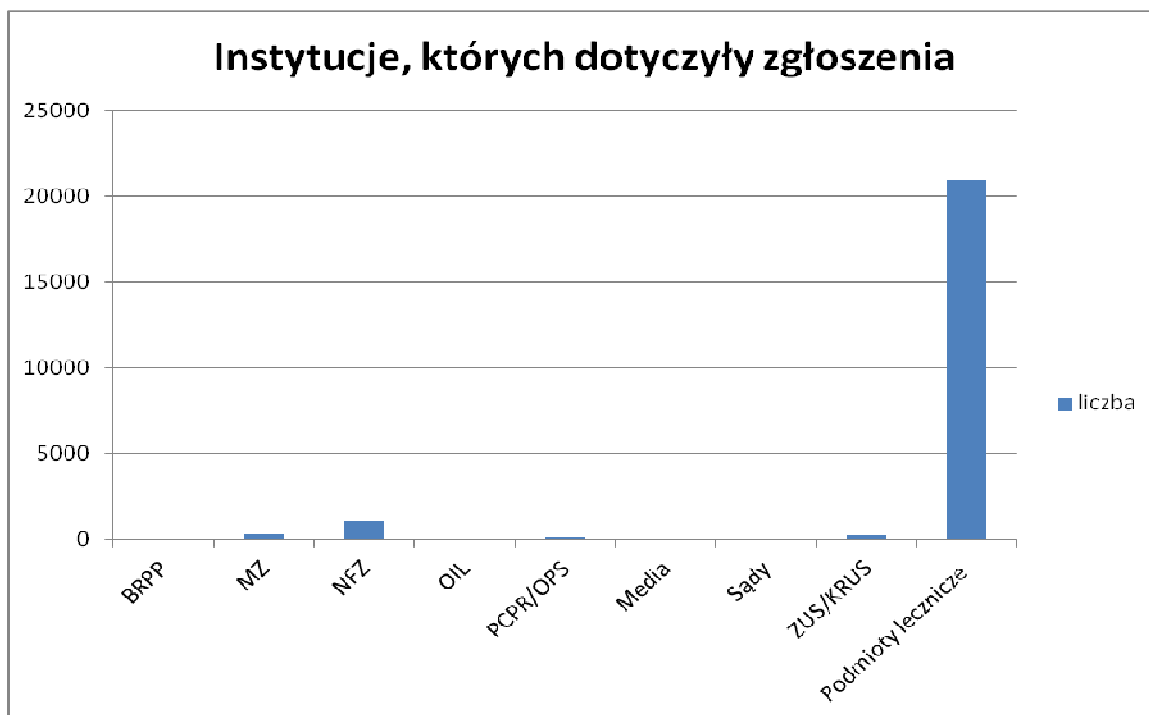
	prawo do świadczeń zdrowotnych zgodnych ze standardami i warunkami umów	3099	
	problemy z ustalaniem prawa do świadczeń na podstawie ubezpieczenia zdrowotnego	10512	
prawo do wyrażenia zgody		348	1,7
	brak świadomej zgody na udzielenie świadczenia	28	
	problemy z ustalaniem prawa do świadczeń na podstawie ubezpieczenia zdrowotnego	27	
	realizacja procedury medycznej bez zgody pacjenta	223	
	warunkowanie wykonania świadczenia od podpisania oświadczenia o wyrażeniu zgody na wykonanie świadczenia bez uprzedniej informacji	42	
	zaniechanie uzyskania świadomej zgody na wykonanie procedury medycznej	28	
		22362	100,0

Tabela 3 Dane statystyczne przeprowadzonych rozmów telefonicznych z podziałem na poszczególne prawa pacjenta

Akty prawne, których dotyczyły przeprowadzone rozmowy telefoniczne	liczba	struktura
art. 18 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego	489	2,2
art. 34 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego	279	1,2
art. 36 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego	278	1,2
art. 16 ustawy	335	1,5
art. 20 ustawy	391	1,7
art. 21 ustawy	363	1,6
art. 27 ustawy	1996	8,8
art. 31 ustawy	126	0,6
art. 33 ustawy	98	0,4
art. 6 ustawy	56	0,2
art. 9 ustawy	739	3,2
projekty obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych wydane na podstawie art. 68 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych	168	0,7
Ogólne Warunki Ubezpieczeń	1089	4,8
rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. Nr 187, poz. 1259).	405	1,8
rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. Nr 111, poz. 653, z późn. zm.)	3141	13,8

rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143, z późn. zm.).	1424	6,3
rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. Nr 139, poz. 1136, z późn. zm.)	684	3,0
rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. Nr 140, poz. 1146, z późn. zm.)	126	0,6
rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139, z późn. zm.)	2094	9,2
rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. Nr 140, poz. 1148)	140	0,6
rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 139, poz. 1137)	404	1,8
rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. Nr 140, poz. 1145, z późn. zm.)	601	2,6
rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. Nr 140, poz. 1144, z późn. zm.)	154	0,7
rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze (Dz. U. Nr 139, poz. 1141, z późn. zm.)	42	0,2
rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania	307	1,3
rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2007 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. Nr 97, poz. 646, z późn. zm.)	14	0,1
Kodeks cywilny	13	0,1
ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362, z późn. zm.).	28	0,1
ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.)	14	0,1
ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3420	15,0
ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2010 r. Nr 77, poz. 512, z późn. zm.).	112	0,5
ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty	3197	14,1
ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.)	14	0,1
OGÓLEM	22741	100,0

Tabela 4 Dane statystyczne przeprowadzonych rozmów telefonicznych z podziałem na obowiązujące przepisy prawa



Wykres 9 Podział zgłoszeń ze względu na instytucje

Sygnaly zgłoszone za pośrednictwem infolinii są przedmiotem analizy. Na ich podstawie Rzecznik w 2011 r. podjął działania w celu przestrzegania praw pacjenta, w tym głównie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej:

- 1) Rzecznik w związku z otrzymywanymi sygnałami dotyczącymi dostępu do sprzętu ortopedycznego i środków pomocniczych wziął udział w opracowaniu projektu rozporządzenia dot. m.in. kryteriów kwalifikacyjnych i limitów w refundacji środków pomocniczych i sprzętu ortopedycznego. Obecnie wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w ww. produkty został uregulowany w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze*. Natomiast zasady refundacji NFZ zostały określone w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Przepisy te nie były zmieniane od dawna, a jakość produktów i technologia ich wykonywania zmieniła się. Wszystkie sygnały dotyczące problemów pacjentów w zakresie sprzętu ortopedycznego zostały uwzględnione, w szczególności w zakresie limitów oraz uczestnictwa pacjentów w ponoszeniu opłat;
- 2) W związku z kontraktami zawieranymi corocznie wiele sygnałów kierowanych od pacjentów dotyczyło niepodpisania przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia umów ze świadczeniodawcami na udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym głównie ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, a także świadczenia zdrowotne w zakresie rehabilitacji. Na podstawie analizy sygnałów z poszczególnych województw Rzecznik

zwracał się do dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia z zapytaniami dotyczącymi zapewnienia świadczeń na terenie gminy, dzielnicy, miejscowości. Rzecznik współdziałał w tym zakresie z wójtami gmin i innymi przedstawicielami samorządu terytorialnego. Rzecznik otrzymywał informacje, że świadczenia na danym terenie są zabezpieczone;

- 3) Wiele sygnałów dotyczyło problemu rehabilitacji leczniczej prowadzonej przez świadczeniodawców u chorych wymagających tego świadczenia z warunkach domowych. Problem, zdaniem Rzecznika, nie jest dostatecznie rozwiązany w zakresie dostępności do tych świadczeń. Zwłaszcza dotyczy to osób niepełnosprawnych, nieporuszających się samodzielnie w tym para i tetra plegików, jak też osób po udarach, wylewach, operacjach endoprotezoplastyki stawu biodrowego i wypadkach komunikacyjnych. Nadal zaledwie niewielki procent (5%) kontraktów służy wymienionym wyżej świadczeniobiorcom. Rzecznik zwrócił się do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w tej sprawie. Zdaniem NFZ świadczenia są zabezpieczone. W 2012 r. Rzecznik będzie kontynuował sprawę, gdyż nadal otrzymuje informacje od pacjentów i ich rodzin, że pacjenci nie mają dostępu do rehabilitacji kompleksowej;
- 4) Na podstawie sygnałów zarówno telefonicznych, jak też pisemnych Rzecznik zwrócił uwagę na dowolność interpretacji art. 28 ust. 3 ustawy w kwestii pobierania opłat za wykonanie kserokopii dokumentacji medycznej, zwłaszcza w kontekście pobierania przez świadczeniodawców podatku VAT. Rzecznik zwrócił się do Ministra Finansów z prośbą o zajęcie stanowiska w tej sprawie. Z treści przekazanego stanowiska wynika, że w świetle obowiązujących przepisów objęte zwolnieniem są usługi w zakresie udostępniania pacjentowi jego dokumentacji medycznej, o ile mieszczą się w zakresie usług opieki medycznej, tj. usług służących profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, świadczonych przez podmioty uprawnione do tego celu. W przypadku wątpliwości co do zakresu stosowania przepisów podatkowych zainteresowany podatnik może złożyć pisemny wniosek do Ministra Finansów z prośbą o indywidualną interpretację prawa podatkowego (art. 14 b § 1 Ordynacji podatkowej). Przedmiotowe stanowisko wykorzystywane jest w prowadzonych przez Rzecznika postępowaniach wyjaśniających.

XIII. WYKONYWANIE INNYCH ZADAŃ OKREŚLONYCH W PRZEPISACH PRAWA LUB ZLECONYCH PRZEZ PREZESA RADY MINISTRÓW

Rzecznik podejmował również inne zadania, m.in. uczestniczył w pracach:

1. Rady do spraw Przeciwdziałania Dyskryminacji Rasowej, Ksenofobii i związanej z nimi Nietolerancji powołanej *Zarządzeniem nr 9 Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 lutego 2011 r.*;
2. Zespołu do spraw przeciwdziałania oszustwom i korupcji w ochronie zdrowia powołanego *Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 października 2006 r.*;
3. Komisji Zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie udziału przedstawiciela Rzecznika w posiedzeniach Podkomisji do rozpatrzenia rządowych projektów ustaw:
 - a) *ustawy z dnia 15 kwietnia o działalności leczniczej,*
 - b) *o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw,*
 - c) *o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, o systemie informacji w ochronie zdrowia,*
 - d) *o zawodach pielęgniarzy i położnej,*
 - e) *o samorządzie pielęgniarek i położnych.*

Część druga

SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA ART. 10a–10d

USTAWY Z DNIA 19 SIERPNI 1994 r. O OCHRONIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

I. WPROWADZENIE

Od stycznia 2006 r. pełnią swoje zadania Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Podstawowym zadaniem Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego jest ochrona praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny w trakcie hospitalizacji (art. 10a oraz 10b ww. *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*).

Osoby pełniące funkcję *Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego* do maja 2009 r. były pracownikami Biura Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia. Z dniem wejścia w życie *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*, *Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego* stali się pracownikami Biura Rzecznika Praw Pacjenta (członkowie korpusu służby cywilnej). Tym samym Biuro sprawuje nadzór merytoryczny oraz wynikający ze stosunku pracy nad działaniami osób pełniących powyższą funkcję.

Przed Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego zostały postawione trzy podstawowe wymogi:

- 1) musi być łatwo dostępny – spędzać większość czasu na regularnych wizytach oddziałów,
- 2) musi być rozpoznawalny (budzić zaufanie),
- 3) musi być niezależny od dyrektora szpitala.

Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego obejmuje swym działaniem pacjentów przebywających w szpitalu psychiatrycznym, oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych, klinikach psychiatrycznych i innych podmiotach leczniczych sprawujących całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową. W tym miejscu należy zwrócić szczególną uwagę na prawo wstępu Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego do pomieszczeń szpitala psychiatrycznego związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (zmiana wprowadzona *ustawą z dnia 3 grudnia 2010 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego Dz. U. z 2011 r. Nr 6, poz. 19*). Uprawnienie to nie może być w żaden sposób ograniczone. W konsekwencji *Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego* ma prawo do przebywania na całym terenie szpitala.

W praktyce *Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego* zdarzyły się sytuacje, w których to próbowano podejmować kontrolę nad ich działaniami (w 2011 r. szpital w Radomiu). Jednakże w placówkach, w których dyrektor wyraża chęć współpracy z *Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego* współpraca ta układa się bardzo pozytywnie, z korzyścią nie tylko dla samych pacjentów, ale również dla całego środowiska, jakim jest szpital psychiatryczny.

Na koniec okresu sprawozdawczego w Biurze zatrudnionych było 26 osób pełniących funkcję Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Osoby te realizowały swoje zadania w 47 placówkach opieki zdrowotnej na terenie 14 województw. Z uzasadnienia do nowelizacji *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego* wynika, iż docelowo ma być nawiązany stosunek pracy z 50 osobami pełniącymi funkcje Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

W strukturze organizacyjnej Biura Rzecznika Praw Pacjenta funkcjonuje Zespół ds. Zdrowia Psychicznego. W skład ww. Zespołu wchodzi: Sekcja Nadzoru i Koordynacji Pracy Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego oraz Sekcja Postępowań Wyjaśniających i Kontrolnych.

Zaznaczyć należy, iż do zadań Zespołu ds. Zdrowia Psychicznego należy również realizacja prawa do pomocy w ochronie praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych przebywających w szpitalach psychiatrycznych, w których nie ma Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

W 2011 r. do Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego wpłynęło i zostało rozpatrzonych 8233 spraw.

Zgłoszone sprawy najczęściej dotyczyły,

- a) jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- b) przymusowej hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym,
- c) nieetycznego zachowania personelu medycznego wobec pacjentów,
- d) informacji prawnej.

II. USTAWOWE ZADANIA I UPRAWNIENIA RZECZNIKA PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

Zgodnie z przepisami art. 10b ust. 2 *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego* do zadań Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego należy w szczególności:

- 1) pomoc w dochodzeniu praw w sprawach związanych z przyjęciem, leczeniem, warunkami pobytu i wypisaniem ze szpitala psychiatrycznego,
- 2) wyjaśnianie lub pomoc w wyjaśnianiu ustnych i pisemnych skarg tych osób,
- 3) współpraca z rodziną, przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym tych osób,
- 4) inicjowanie i prowadzenie działalności edukacyjno-informacyjnej w zakresie praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny.

Uprawnienia Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego służące realizacji zadań (zgodnie z art. 10b ust. 4 *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*) to prawo:

- 1) wstępu do pomieszczeń szpitala psychiatrycznego związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;

- 2) występowania z wnioskiem do personelu podmiotu leczniczego, w szczególności do lekarza prowadzącego, ordynatora oddziału psychiatrycznego (lekarza kierującego oddziałem) lub kierownika podmiotu leczniczego oraz do podmiotu, który utworzył ten podmiot, o podjęcie działań zmierzających do usunięcia przyczyny skargi lub zaistniałych naruszeń;
- 3) wglądu w dokumentację medyczną za zgodą osoby korzystającej ze świadczeń zdrowotnych, jej przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub faktycznego;
- 4) porozumiewania się z osobą korzystającą ze świadczeń zdrowotnych, jej przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym bez udziału innych osób.

Ponadto, w myśl § 1 ust. 1 *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego* (Dz. U. Nr 16, poz. 126, z późn. zm.), **Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego realizuje swoje zadania** w szczególności przez:

- 1) przyjmowanie ustnych i pisemnych skarg pacjenta przebywającego w szpitalu psychiatrycznym, skarg rodziny pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej faktyczną opiekę nad pacjentem oraz ocenę zasadności skargi;
- 2) zapewnienie pacjentowi dostępu do informacji prawnej;
- 3) pomoc w sporządzeniu i złożeniu skargi do kierownika szpitala psychiatrycznego lub innych instytucji;
- 4) udzielanie pomocy pacjentowi wypisanemu ze szpitala psychiatrycznego, jeśli skarga została złożona w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu psychiatrycznym, a procedura rozpatrywania skargi nie została zakończona.

1. Charakterystyka poszczególnych form działalności Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w 2011 r.

Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w 2011 r., tak jak w poprzednich latach, podejmowali działania na rzecz ochrony praw pacjenta w ramach czterech rodzajów działalności: interwencyjnej, doradczej, informacyjno–edukacyjnej oraz kontrolnej.

1) Działalność interwencyjna

Działalność interwencyjna polegała na reagowaniu na każdy sygnał uprawdopodobniający naruszenie praw pacjenta pochodzący od pacjentów, jego rodziny, personelu oraz wynikający z obserwacji Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

Przedmiotowa działalność polegała na podejmowaniu interwencji o charakterze:

- a) „miękkim” – sprawy załatwiane w drodze ugody, mediacji, łagodzenia sporów, wyjaśniania nieporozumień powstałych między pacjentem a personelem medycznym;

- b) „twardym” – złożeniu wniosku ustnego (żądania) dotyczącego bezzwłocznego naprawienia sytuacji naruszającej prawa pacjenta np.: poprawienie sytuacji pacjenta unieruchomionego (wnioskowanie do personelu o natychmiastowe: ubranie pacjenta, zmianę prześcieradła, poluzowanie pasów, zastosowanie podkładek pod pasy, itd.).

W wyniku powyższego Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego najczęściej podejmował interwencje pisemne (skierowane do świadczeniodawcy) związane np. z uprawdopodobnieniem, iż doszło do naruszenia praw pacjenta lub sygnalizowaniem przez Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego o sprawach mających wpływ na warunki hospitalizacji: złe warunki bytowe w oddziałach – konieczność przeprowadzania remontów, brak dostępu do ciepłej i zimnej wody, brak ogrzewania, zły stan sanitarny pomieszczeń, itp.).

Działalność interwencyjna wiązała się w większości przypadków z koniecznością przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego (wyjaśnienie sprawy z personelem medycznym, zapoznanie się z dokumentacją medyczną pacjenta, zapoznanie się z opinią innych pacjentów, rozmowy z rodziną oraz z innymi pacjentami – w celu zbadania skali ewentualnego problemu).

2) Działalność doradcza (edukacyjna)

Polegała głównie na udzielaniu informacji z zakresu obowiązujących przepisów prawa – stanowiła najczęstszą formę pomocy udzielanej pacjentom oraz ich rodzinom.

Powyższa działalność miała charakter spotkań indywidualnych, w trakcie których omawiano konkretne sprawy i problemy zgłaszane na bieżąco przez pacjentów i ich rodziny. W tym miejscu rola Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego polegała na konfrontacji oczekiwań (wyobrażeń) pacjenta z przysługującymi mu prawami oraz wyjaśnieniu kwestii, czy w przedstawionej sprawie rzeczywiście doszło do naruszenia obowiązujących przepisów prawa.

W związku z powyższym, Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego często prowadził rozmowy z personelem medycznym w celu uzyskania pełnej informacji o ewentualnym problemie.

W sytuacji, gdy sprawy, z którymi zgłaszali się pacjenci (lub ich rodziny) wykaczały poza zakres ustawowych zadań nałożonych na Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, wskazywał on pacjentowi właściwe instytucje, organy bądź procedury.

W ramach realizacji rzezczonego zadania, Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego pomagał pacjentom w formułowaniu pism urzędowych, takich jak: wnioski o przyznanie pełnomocnika z urzędu, wnioski o wydanie opinii biegłego, wnioski o udostępnienie kopii dokumentacji medycznej, wnioski o zwołanie konsylium lekarskiego, wnioski o zniesienie lub zmianę ubezwłasnowolnienia.

3) Działalność informacyjno - edukacyjna (spotkania w grupach)

Działalność informacyjno – edukacyjna miała na celu podnoszenie świadomości pacjentów z zakresu obowiązujących przepisów prawa (w szczególności praw człowieka, praw pacjenta, kwestii dotyczących warunków ubezwłasnowolnienia całkowitego i częściowego).

Charakter spotkań i ich tematyka były dostosowywane do konkretnego oddziału (np. oddziały dziecięco-młodzieżowe, oddziały leczenia uzależnień) i do potrzeb hospitalizowanych tam pacjentów. Przybierały one najczęściej formę wykładów lub warsztatów w formie kierowanej dyskusji.

Pacjenci podczas ww. spotkań mieli okazję zadawać pytania Rzecznikowi Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, wyjaśniać wątpliwości, konfrontować własne wyobrażenia o prawach pacjenta z rzeczywistymi unormowaniami prawnymi. W trakcie omawianych spotkań pacjenci mieli ponadto możliwość umówienia się na indywidualne spotkania z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

4) Działalność kontrolna

Działalność kontrolna polegała na systematycznym pozyskiwaniu informacji o pacjentach przyjętych i leczonych bez zgody – kontakcie ze wskazanymi przez innych pacjentów lub personel medyczny pacjentami, systematycznych wizytach w salach obserwacyjnych, kontroli zasad stosowania przymusu bezpośredniego, analizowaniu sytuacji związanych z bezpieczeństwem pacjentów w oddziale (próby samobójcze, ucieczki ze szpitala, spożywanie alkoholu itp.).

Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w szczególności kontrolował, czy pacjenci informowani byli o przysługujących im prawach i obowiązkach, czy informacja ta była łatwo dostępna, czy pacjenci otrzymywali zrozumiałe informacje o swoim stanie zdrowia, czy mieli prawo wglądu we własną dokumentację medyczną, czy wyrażali świadomą zgodę na wykonywane procedury i zabiegi, czy krewni lub osoby wskazane przez pacjenta mogli uczestniczyć w sprawowaniu opieki nad chorym, czy opieka nad pacjentem sprawowana była z zachowaniem intymności i godności, czy pacjent i odwiedzający mieli zapewnioną możliwość identyfikowania pracowników szpitala, czy pacjenci mieli możliwość korzystania z telefonu, czy mieli zapewniony dostęp do opieki duszpasterskiej, czy unieruchomiony pacjent znajdował się w pobliżu personelu pielęgniarstwa.

Wyjaśnianie skarg pacjentów powiązane było z kontrolą dokumentacji medycznej pacjenta. Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego analizował prawidłowość wszystkich aspektów w zakresie procedur postępowania szpitala w przedmiocie przyjęcia bez zgody (przestrzegania terminowego zawiadomienia sądu oraz możliwości osobistego uczestnictwa pacjenta w rozprawie sądowej), analizował dokumentację w przedmiocie zastosowania przymusu bezpośredniego (m.in. Kartę zastosowania unieruchomienia i izolacji). Przedmiotowa analiza dokumentacji dokonywana była w szczególności w aspektach uwalniania pacjenta w celu zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, czasu trwania zastosowania przymusu, przesłanek legalności zastosowania określonych

form przymusu bezpośredniego. Ponadto Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego ustalał, czy w dokumentacji medycznej zamieszczano adnotację o uprzedzeniu osoby z zaburzeniami psychicznymi o tym, że ma być zastosowany wobec niej przymus bezpośredni.

Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego kontrolował jakość i warunki spożywania posiłków (w tym udzielania pomocy w spożywaniu posiłków osobom niezdolnym do zaspakajania podstawowych potrzeb życiowych) oraz warunki pobytu (stan czystości i stan techniczny pomieszczeń oraz urządzeń sanitarnych, temperaturę i wentylację pomieszczeń, zabezpieczenie okien i zaopatrzenie w ciepłą wodę).

Przedmiotem zainteresowania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego był również sposób organizacji czasu wolnego pacjentów. Poczynione działania miały na celu ustalenie, czy pacjenci mieli zapewnioną możliwość korzystania ze spacerów na terenie rekreacyjnym szpitala oraz jak przebiegała realizacja całego procesu rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Obserwacje i rozmowy z pacjentami ukierunkowane były również na ustalenie, czy zapewnione było bezpieczeństwo pobytu pacjentów m.in. w zakresie sprawowania opieki pielęgniarstwa (tj. zapewniania całodobowej obsady pielęgniarstwa na wszystkich odcinkach oddziałów). Kontrola dotyczyła także dostępności do konsultacji specjalistycznych oraz sprawowania opieki lekarskiej poprzez wykonywanie codziennych obchodów lekarskich w oddziałach. W powyższym zakresie Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego podejmował także działania kontrolne w odniesieniu do sytuacji wystąpienia zamachów samobójczych w szpitalu: analiza sytuacji pacjenta oraz działań podejmowanych przez personel oraz analiza zachowania personelu medycznego w powyższej sytuacji.

W działalność kontrolną Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego wpisuje się również analiza dokumentacji medycznej pacjenta (za jego pisemną zgodą). W 2011 r. badana była dokumentacja trzech kategorii pacjentów:

- a) przyjętych do szpitala za ich zgodą,
- b) przyjętych bez zgody,
- c) przyjętych do szpitala psychiatrycznego na podstawie innych ustaw niż *ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*.

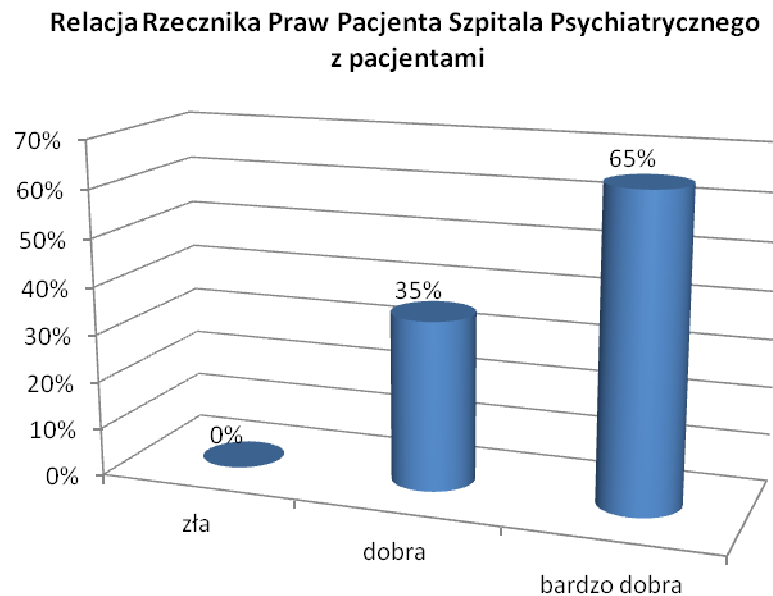
5) Formy kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego

Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego zamieszcza na tablicach informacyjnych (w izbie przyjęć i w oddziałach szpitala psychiatrycznego) informację o możliwości skorzystania z jego pomocy. Informacje coraz częściej umieszczane są na stronach internetowych szpitala.

Do Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego można zwrócić się bezpośrednio, telefonicznie, w formie pisemnej lub składając pisma (skargi, wnioski, pytania) do skrzynki umieszczonej na drzwiach gabinetu Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

2. Relacja Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z pacjentami

W analizowanym okresie sprawozdawczym stosunek pacjentów do osoby pełniącej funkcję Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego był pozytywny (na podstawie subiektywnej oceny Rzeczników).



Wykres 10 Relacja, ustalona na podstawie subiektywnej oceny, Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z pacjentami

Charakteryzując niniejszą relację stwierdzić należy, iż pacjenci w osobie Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego upatrywali reprezentanta ich praw, mediatora i negocjatora, przede wszystkim w rozwiązywaniu spraw związanych z pobytem w szpitalu.

Na relacje zachodzące między pacjentem a Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego miały wpływ takie czynniki jak: osobowość pacjenta, przebieg jego choroby, długość lub częstotliwość hospitalizacji pacjenta w szpitalu, wcześniejsze doświadczenia w kontakcie z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, zasób wiedzy ogólnej, zawodowa aktywność pacjenta lub jej brak, relacje pacjenta z rodziną.

Ponadto nastawienie pacjentów względem Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w dużej mierze zależało od ich oczekiwań, wiedzy na temat jego funkcji, od specyfiki spraw, z którymi się zgłaszali oraz formy przyjęcia do szpitala (za zgodą lub bez zgody).

Pacjenci głównie liczyli na uzyskanie rzetelnej informacji od Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z zakresu obowiązujących przepisów prawa, a nawet wręcz bezpośredniej pomocy w rozwiązaniu zgłaszanych problemów.

Nadal zauważa się liczną grupę pacjentów, którzy mają obawy przed kontaktowaniem się z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (lęk przed pogorszeniem się relacji

z personelem), dlatego też, o zaobserwowanych nieprawidłowościach podczas hospitalizacji pacjenci informowali Rzecznika w trakcie grupowych zajęć edukacyjnych lub w dniu wypisu ze szpitala.

Ważną informacją dla pacjentów jest fakt, iż stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego jest niezależne służbowo od dyrektora placówki. Ma to wpływ na zaufanie, jakim pacjenci obdarzają Rzecznika.

Powyższa niezależność ma charakter rozsądzający w kwestii zwrócenia się pacjenta do Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego o pomoc w konkretnej sprawie.

Część wnoszonych przez pacjentów spraw wykraczała poza kompetencje Rzecznika – dotyczyła spraw niezwiązanych z hospitalizacją. Najczęściej poruszane kwestie odnosiły się do potencjalnej stygmatyzacji i dyskryminacji związanej z chorobą psychiczną (lęk przed niezrozumieniem choroby, piętnem, uprzedzeniami społeczeństwa). Pacjenci zwracali się również z pytaniami o możliwości uzyskania renty, zasiłku, skierowania do domu pomocy społecznej. Oczekiwali pomocy, wsparcia, porady lub po prostu aktywnego słuchania. Pacjenci zwracali się także z prośbą o chwilę rozmowy, spędzenia z nimi czasu w oddziale lub podczas spaceru. Podkreślali, iż ważne jest dla nich pozytywne nastawienie Rzecznika i stały kontakt z nim.

Dużą barierę w komunikacji stwarzała specyfika niektórych zaburzeń psychicznych oraz stan zdrowia pacjenta w momencie zgłoszenia się do Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. W takich przypadkach praktykowano odroczenie wizyty o kilka dni przy jednoczesnym monitorowaniu możliwości nawiązania z danym pacjentem kontaktu. Tego typu decyzje poprzedzone były najczęściej uzyskaniem od lekarza prowadzącego/ordynatora informacji dotyczącej specyfiki problemu zdrowotnego pacjenta.

Pozytywny wpływ na samopoczucie pacjentów ma fakt, iż istnieje osoba, do której mogą zwrócić się o pomoc. Pozostaje to w korelacji z procesem terapeutycznym, ponieważ pacjentami szpitali psychiatrycznych są często osoby, które w swoim środowisku nie mają właściwego wsparcia ze strony najbliższych. Przez taki charakter działań opartych na podtrzymywaniu stałego kontaktu z pacjentem, empatii, serdeczności, okazywaniu mu zrozumienia i dostrzeganiu jego potrzeb, Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego buduje oczekiwane relacje.

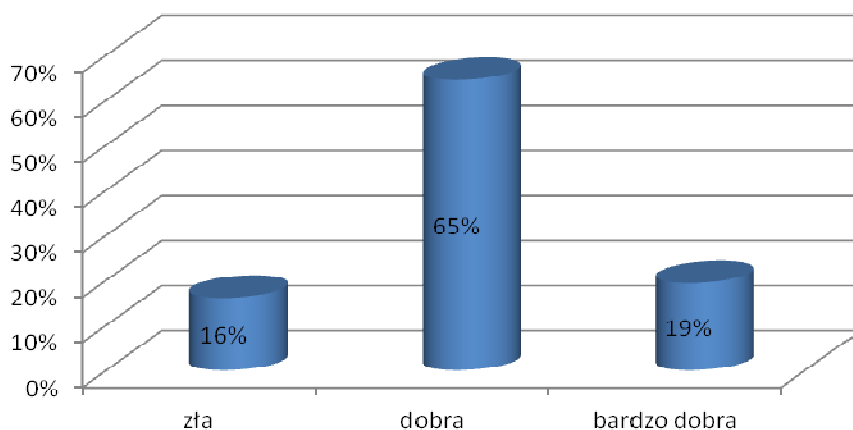
Niemniej jednak, zanotowano również negatywne reakcje pacjentów w relacji z Rzecznikiem: pacjenci bywali roszczeniowi, wulgarni, agresywni werbalnie, straszili złożeniem skargi na Rzecznika, jeżeli nie załatwi ich sprawy (np.: natychmiastowego wypisu ze szpitala, przeniesienia do innej placówki osoby, wobec której wykonywany jest środek zabezpieczający).

3. Współpraca Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z rodziną pacjenta, przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym (na podstawie subiektywnej oceny Rzeczników)

W okresie sprawozdawczym kontakt z rodziną pacjenta, przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym był niezbędny w przypadku konieczności m. in. wyrażenia zgody na wgląd

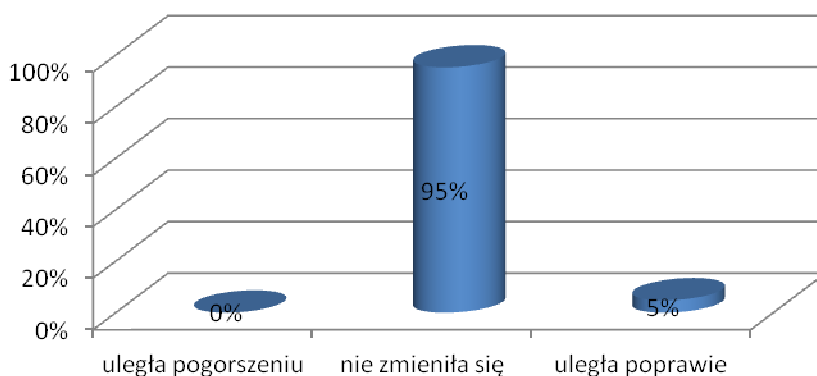
Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w dokumentację medyczną hospitalizowanego pacjenta (który nie był w stanie lub z punktu widzenia obowiązujących przepisów prawa nie mógł takiej zgody wyrazić).

Współpraca Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z rodzinami, przedstawicielami ustawowymi, opiekunami prawnymi lub faktycznymi pacjentów



Wykres 11 Współpraca RzPPSzP, ustalona na podstawie subiektywnej oceny, z rodzinami, przedstawicielami ustawowymi, opiekunami prawnymi lub faktycznymi pacjentów

Współpraca Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z rodzinami, przedstawicielami ustawowymi, opiekunami prawnymi lub faktycznymi pacjentów w stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego



Wykres 12 Współpraca RzPPSzP z rodzinami, przedstawicielami ustawowymi, opiekunami prawnymi lub faktycznymi pacjentów w stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego

Rzecznicy organizowali również spotkania informacyjno–edukacyjne dla rodzin pacjentów. Tematyka dostosowana była do potrzeb uczestniczących w nich osób, a dotyczyła głównie – tak jak w poprzednim okresie sprawozdawczym – zagadnień z zakresu ustawy, *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Kodeksu cywilnego, Kodeksu postępowania cywilnego* (dot. ubezwłasnowolnienia).

W grupie osób związanych z pacjentem można w dalszym ciągu wyróżnić:

- 1) Osoby faktycznie działające na rzecz pacjenta: są to głównie osoby bezsilne wobec choroby psychicznej w rodzinie, oczekują od *Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego* wsparcia i zrozumienia oraz informacji o obowiązujących przepisach prawa. *Rzecznik* oprócz udzielania informacji w powyższym zakresie, wskazywał również możliwości udziału w grupach wsparcia, psychoedukacji dla rodzin; *Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego* zapewniał kontakt do organizacji pozarządowych zajmujących się pomocą osobom chorym psychicznie oraz ich rodzinom;
- 2) Osoby pozornie działające w interesie pacjenta: zwracały się do *Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego* o udzielenie informacji w zakresie możliwości: ubezwłasnowolnienia całkowitego, przymusowej hospitalizacji, przymusowego umieszczenia w domu pomocy społecznej, pobierania dochodów pacjenta (np.: renty, emerytury). Charakterystyczny u tych osób był brak chęci rzeczywistej pomocy pacjentowi, a raczej potrzeba uwolnienia się od osoby chorej psychicznie;
- 3) *Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego* mając wątpliwości co do intencji osób związanych z pacjentem, zwracał się z prośbą o informację do lekarzy, z którymi osoby te miały kontakt, w celu uzyskania szerszego spectrum danej sytuacji. Dzięki temu kilkakrotnie udało się *Rzecznikom* zainterweniować i zapobiec niekorzystnej dla pacjenta decyzji.

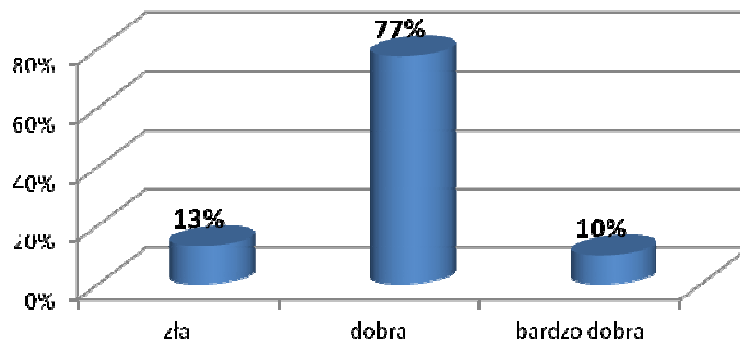
Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego – jeżeli była taka możliwość – prosili o zgodę pacjenta na rozmowę z jego rodziną. Na ogół pacjenci chętnie przystawali na taką propozycję. Jednakże podobnie, jak w poprzednich okresach sprawozdawczych, *Rzecznicy* zaobserwowali, iż rodziny unikały z nimi kontaktu dając świadectwo o tym, że nie identyfikują się z problemami hospitalizowanego pacjenta.

Wpływające skargi dotyczyły najczęściej warunków pobytu pacjentów w szpitalu, jakości leczenia i opieki pielęgniarzkiej, zachowania nieetycznego personelu medycznego wobec pacjenta i/lub jego rodziny.

4. Relacja Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z dyrekcją oraz pracownikami podmiotu leczniczego

Relacje *Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego* z dyrekcją szpitali psychiatrycznych przedstawia poniższy wykres (na podstawie subiektywnej oceny *Rzeczników*):

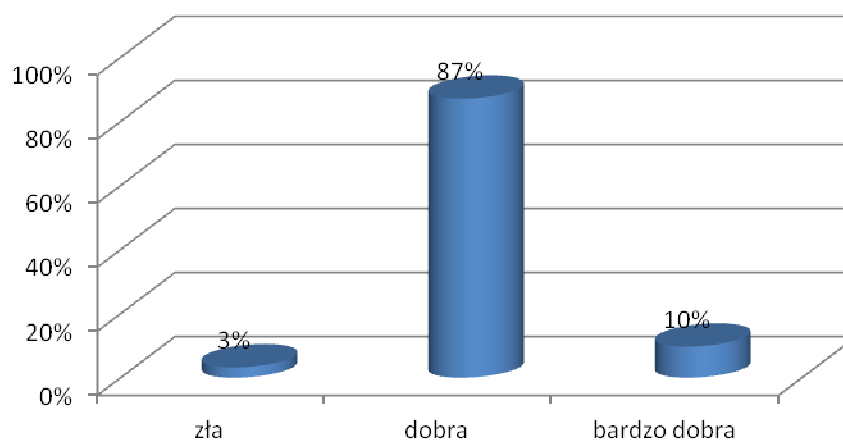
■ Relacja Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z Dyrekcją Szpitala



Wykres 13 Relacja, ustalona na podstawie subiektywnej oceny, Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z Dyrekcją Szpitala

Relacje Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z pracownikami szpitali psychiatrycznych przedstawia poniższy wykres (na podstawie subiektywnej oceny Rzeczników):

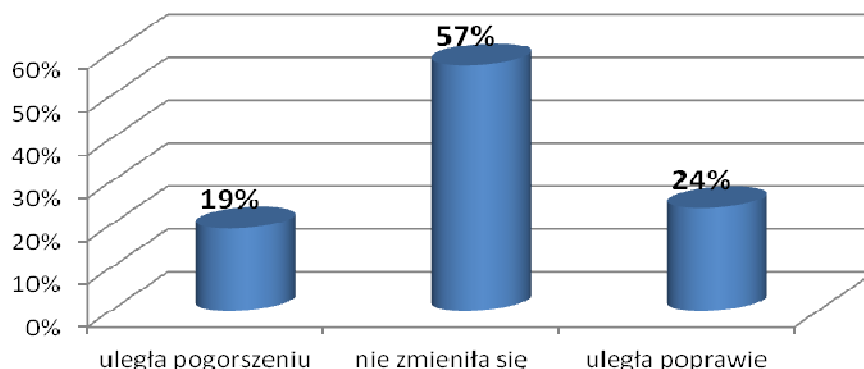
Relacja Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z pracownikami Szpitala



Wykres 14 Relacja, ustalona na podstawie subiektywnej oceny, Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z pracownikami Szpitala

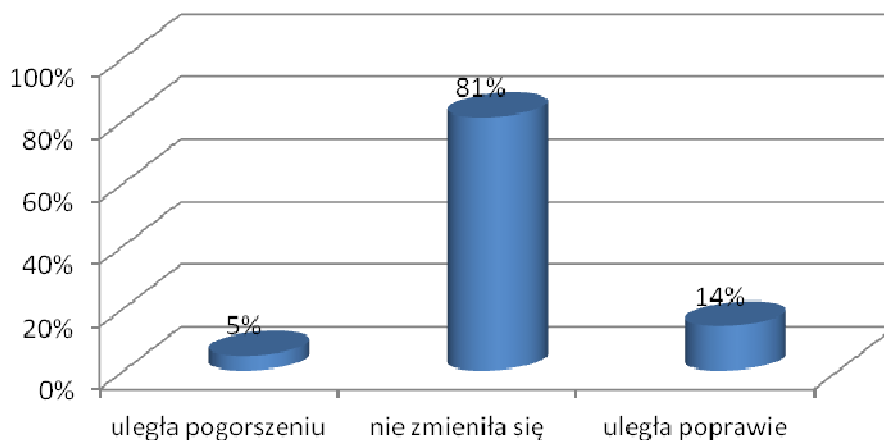
Zmiany w zakresie podejścia do funkcji, jaką Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego pełni w szpitalu, nastąpiły w konsekwencji zdecydowanych interwencji podjętych przez Rzeczników oraz przez Biuro w latach poprzednich. Zakres zmian w przedmiotowym zakresie (na podstawie subiektywnej oceny Rzeczników) przedstawia poniższy wykres:

■ **Relacja Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z Dyrekcją Szpitala w stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego**



Wykres 15 Relacja Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z Dyrekcją Szpitala w stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego

Relacja Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z pracownikami Szpitala w stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego

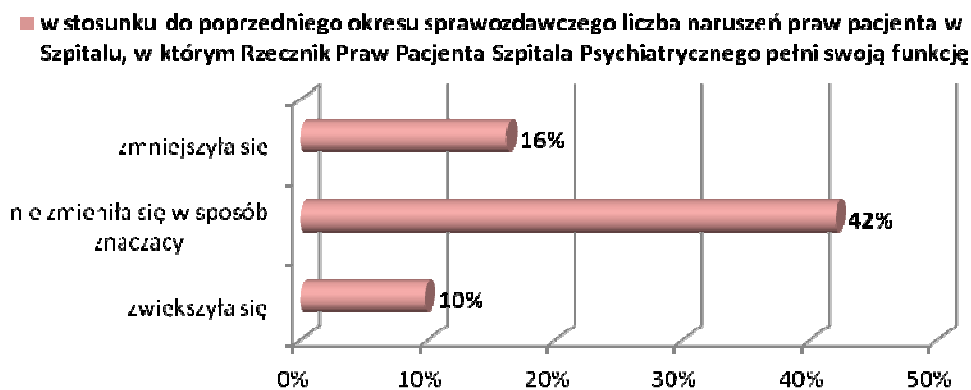


Wykres 16 Relacja, ustalona na podstawie subiektywnej oceny, Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z pracownikami Szpitala w stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego

Nadal docierają do Biura sygnały niezadowolenia personelu z wizytowania przez Rzeczników oddziałów (jednakże w zdecydowanie mniejszym zakresie niż było to w roku 2010). Personel uważa, że Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego powinien przebywać w swoim gabinecie i tam oczekiwać na pacjentów, czy też ich rodziny. Postrzegają tę sferę działalności Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego jako swego rodzaju nadgorliwość i nakłanianie pacjentów do składania skarg.

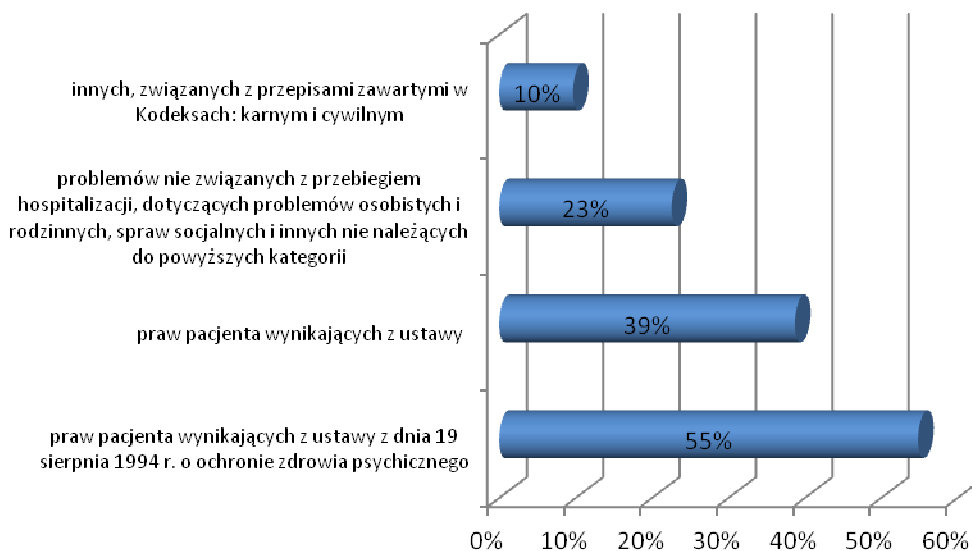
Zaznaczyć należy, iż coraz większa grupa Dyrektorów Szpitali rozumie i docenia funkcję Rzeczników i ich rolę w systemie. Wspólny cel – dobro pacjenta – jest ogniwem nawiązania dobrej współpracy Dyrekcji z poszczególnymi Rzecznikami Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

5. Najczęściej rejestrowane sprawy dotyczące nieprzestrzegania praw przedmiotowej grupy pacjentów



Wykres 17 Najczęściej rejestrowane sprawy dotyczące nieprzestrzegania praw przedmiotowej grupy pacjentów w stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego

W okresie sprawozdawczym odnotowane sprawy dotyczyły:



Wykres 18 Podział spraw ze względu na charakter i podstawę naruszeń

III. NARUSZENIA PRAW PACJENTA WYNIKAJĄCE Z USTAWY

1. Pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych (art. 11 ustawy, **naruszenia przepisów stwierdzono w 7% zgłoszonych spraw**).

Przykład naruszenia: Pacjentowi leżącemu w sali (z dysfunkcją narządu ruchu) personel nie udostępnił informacji o prawach pacjenta.

Przykład naruszenia: Brak informacji o prawach pacjenta w miejscu ogólnodostępnym w siedzibie świadczeniodawcy.

2. Prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1 ustawy, **naruszenia przepisów stwierdzono w 27% zgłoszonych spraw**).

Przykład naruszenia: Pacjent podczas zajęć rekreacyjnych, wpisanych w harmonogram programu terapii, doznał kontuzji kończyny dolnej. Zgłosił ten fakt personelowi medycznemu. Lekarz, pomimo informacji o urazie kończyny, nie podjął interwencji i przez kolejnych kilkanaście godzin pacjent nie miał wykonanych podstawowych badań diagnostycznych. Konsultację ortopedyczną zlecił dopiero lekarz kierujący Oddziałem, ok. 14 godzin od zdarzenia. Konsultacja ortopedyczna wykazała złamanie kości strzałkowej.

Przykład naruszenia: W czasie hospitalizacji zastosowano wobec pacjentki przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia kończyn górnych celem wyeliminowania wyrwania wenflonu oraz sondy żołądkowej. Aby chronić pacjentkę przed agresywnym zachowaniem ze strony innej pacjentki, umieszczono ją w sali jednoosobowej (ale bez stosowania przymusu bezpośredniego w postaci izolacji). Pomieszczenie nie było przystosowane do zapewnienia właściwych warunków: brak było instalacji elektrycznej, do której można było podłączyć materac przeciwodleżynowy, brak instalacji tlenowej. Wobec pacjentki nie stosowano leczenia psychiatrycznego, a jedynie leczenie zlecone w czasie licznych konsultacji internistycznych. Pacjentka zmarła w Oddziale Psychiatrycznym, choć zasadnym było hospitalizowanie w warunkach Oddziału Internistycznego.

3. Prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej, określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych (art. 8 ustawy, **naruszenia przepisów stwierdzono w 27% zgłoszonych spraw**).

Przykład naruszenia: Pacjent z dysfunkcją narządu ruchu został przywieziony do Szpitala Psychiatrycznego transportem sanitarnym z powodu choroby psychicznej. Po zakończeniu leczenia psychiatrycznego rodzina pacjenta domagała się odwiezienia go do miejsca

zamieszkania. Szpital odmówił bezpłatnego transportu, polecił rodzinie wynajęcie transportu medycznego prywatnego, zastraszo rodzinę, że jeśli nie odbierze pacjenta, zostanie obciążona kosztami dalszego pobytu w szpitalu.

Przykład naruszenia: Wypis wbrew woli pacjentki z zakładu opiekuńczo-leczniczego znajdującego się w strukturze szpitala psychiatrycznego nastąpił niezgodnie z procedurą, obowiązującą w zakresie kwalifikowania, kierowania oraz zasad pobytu osób w zakładach opiekuńczo-leczniczych. W przytoczonym przypadku dyrektor szpitala jako przyczynę stanowiącą podstawę do wypisania pacjentki z zakładu wskazuje na fakt, iż pacjentka jest osobą palącą (cyt. „Przeniesienie do domu pomocy społecznej (...) odbywa się z uwagi na fakt, iż Pana matka jest osobą palącą, a od listopada 2010 r. we wszystkich podmiotach leczniczych obowiązuje zakaz palenia. Domy pomocy społecznej nie są objęte tym zakazem, można tam palić w wydzielonych pomieszczeniach.”).

Przykład naruszenia: Od początku hospitalizacji obowiązywał zakaz wydawania pacjentowi prywatnych ubrań. Powyższe uzasadniano względami higienicznymi. Ponadto wobec pacjenta wprowadzono zakaz wychodzenia poza budynek oddziału (co uzasadniono „słabym wzrokiem” i możliwością „potknięcia się” w trakcie spaceru). Dopiero po interwencji Rzecznika pacjent uzyskał możliwość korzystania z wolnych wyjść na teren szpitala.

4. Prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie ww. informacji innym osobom. (art. 9 ust. 1–3 ustawy, **naruszenia przepisów stwierdzono w 20% zgłoszonych spraw**).

Przykład naruszenia: Nieprzestrzeganie reguł w zakresie przekazania pacjentowi rzetelnej, przejrzystej informacji (co do stanu zdrowia oraz możliwości medycznych, pomiędzy którymi pacjent może dokonać wyboru), co wyłączało w pewnym zakresie wyrażenie świadomej zgody (w rozumieniu art. 3 ust. 4 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego). Deficyt wyczerpujących i zrozumiałych dla pacjenta informacji na temat celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego oraz bieżącej informacji o stanie zdrowia, niezapoznanie pacjenta z planowanym postępowaniem leczniczym (brak planu terapeutycznego), brak uświadomienia pacjenta o zagrożeniu i zrozumieniu jego sytuacji zdrowotnej – w wielu przypadkach stanowił przyczynę żądań pacjentów o natychmiastowe wypisanie ze szpitala, czy też stosowania środków przymusu bezpośredniego. Nieinformowanie pacjentów o skutkach ubocznych przyjmowanych przez nich leków, jakie są prawidłowe i typowe reakcje na leki (pacjenci nie posiadali wiedzy, jakie leki są im podawane – nie znali ich nazw, sposobu działania, skuteczności itd., co miało negatywny wpływ na proces leczenia oraz brak zaufania do lekarza prowadzącego).

5. Prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody (art. 16 ustawy, **naruszenia przepisów stwierdzono w 23% zgłoszonych spraw**).

Przykład naruszenia: Pacjentka przebywająca za zgodą w szpitalu podawano leki drogą dożylną wbrew woli, z zastosowaniem przymusu bezpośredniego – poprzez przytrzymanie. Chorej nie zmieniono statusu przyjęcia.

6. Prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające świadczeń zdrowotnych, informacji związanych z pacjentem – uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego (art. 13 ustawy, **naruszenia przepisów stwierdzono w 76% zgłoszonych spraw**).

Przykład naruszenia: Kilku lekarzy złożyło anonimowe skargi związane z obecnością na porannych odprawach lekarskich pracowników niemedycznych (tj. pracowników działów: kadr, zaopatrzenia, statystyki medycznej, a także apteki szpitalnej). Lekarze zwrócili uwagę, iż w trakcie ww. spotkań poruszane są często tematy dotyczące intymnych informacji dotyczących poszczególnych pacjentów. To wówczas także odczytywany jest raport z dyżuru, w którym to informuje się nie tylko o diagnozie poszczególnych pacjentów, ale również o trudnych sytuacjach związanych z czynnymi objawami chorobowymi poszczególnych osób. W wyniku interwencji Rzecznika, Dyrekcja dokonała podziału na odprawy medyczne omawiające nocne dyżury oraz spotkania organizacyjne kierownictwa Szpitala.

Przykład naruszenia: Omawianie indywidualnych spraw pacjenta w obecności trzecich osób np. na korytarzu, podczas zebrań społeczności, obchodów lekarskich.

Przykład naruszenia: Umieszczanie na łóżkach szpitalnych tablic informacyjnych z danymi pacjenta, umożliwiającymi jego identyfikację przez osoby nieuprawnione.

7. Prawo do poszanowania intymności i godności (art. 20 ustawy, **naruszenia przepisów stwierdzono w 41% zgłoszonych spraw**).

Przykład naruszenia: Stosowanie przez personel kar wobec pacjentów palących wyroby nikotynowe, takich jak: zakaz opuszczania oddziału (brak możliwości korzystania ze spacerów), wystawianie z sal łóżek na korytarz (piętnowanie pacjentów).

Przykład naruszenia: Angażowanie pacjentów do prac porządkowych (mycie podłóg, sprzątanie punktów newralgicznych, takich jak: łazienki, kuchenki; noszenie pojemników z brudną bielizną, wynoszenie koszy, noszenie pojemników z gorącym posiłkiem, sprzątanie terenu szpitala).

Przykład naruszenia: Wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych wobec innych osób (nie stosowano parawanów).

Przykład naruszenia: Przeprowadzanie rewizji osobistych rzeczy pacjenta, sygnalizowane sprawy dotyczyły sposobu przeprowadzenia kontroli - po dokonaniu przeszukania zawartości szaf oraz szafek przyłóżkowych - rzeczy, przedmioty, przede wszystkim odzież, bielizna osobista, pozostawiane były w nieładzie, często rozrzucone na podłodze (z opisu sytuacji przedstawianych przez pacjentów wynikało, iż przeszukania rzeczy osobistych dokonywał personel pomocniczy).

Przykład naruszenia: Na dyżurze nocnym salowy użył siły fizycznej wobec pacjentki. Fakt ten został odnotowany w raporcie pielęgniarstwie, cytując: „salowy w czasie dyżuru był agresywny względem pacjentki, tj. ścisnął jej rękę, bardzo mocno popychał oraz chwycił za szyję. Salowy twierdził, iż nie ma już cierpliwości i nie wytrzyma. (...) Salowy wielokrotnie w ciągu dnia okazywał zdenerwowanie, postawę agresywną wobec pacjentki (3 razy)(...)”. Ww. opisane zachowanie salowego nie znajduje akceptacji u większości pracowników szpitala. Mimo zgłaszanych do kierownictwa szpitala problemów związanych z wykonywaniem obowiązków przez salowego, przełożeni nie podejmowali wobec niego żadnych działań dyscyplinujących. Należy nadmienić, że ww. incydent związany z agresją salowego wobec pacjentów hospitalizowanych w III Oddziale Psychiatrycznym nie był jednostkowym zdarzeniem. Sprawę do Rzecznika zgłosił lekarz. W wyniku podjętych działań przez Rzecznika dyrektor szpitala wobec salowego podjął działania dyscyplinarne.

8. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych Pacjent ma prawo do obecności osoby bliskiej (art. 21 ustawy, **naruszenia przepisów stwierdzono w 65% zgłoszonych spraw**).

Przykład naruszenia: Zakaz możliwości przebywania osobom bliskim na terenie Oddziału.

Przykład naruszenia: Wprowadzony zakaz odwiedzin wobec osób będących poniżej 14 r.ż.

9. Prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami (art. 33 ustawy, **naruszenia przepisów stwierdzono w 35% zgłoszonych spraw**).

Przykład naruszenia: Odwiedziny pacjentów możliwe wyłącznie w soboty i niedziele przez dwie godziny (15:00-17:00). Jak informowali pacjenci, w przypadku odwiedzin osoby bliskiej poza wyznaczonym terminem, nie zezwala im się na bezpośredni kontakt, a jedynie przekazuje (za pośrednictwem pielęgniarki) przyniesione rzeczy. Potwierdzeniem opisywanej praktyki była sytuacja, która zdarzyła się w trakcie wspomnianego spotkania edukacyjnego – personel Oddziału nie zezwolił wówczas na bezpośredni kontakt pacjenta z żoną (mógł się porozumiewać tylko przez okienne kraty z poziomu drugiego piętra budynku).

Przykład naruszenia: Prowadzenie kontroli czasu prowadzenia rozmów pacjentów. Rozmowy prowadzone w obecności personelu. Pobieranie opłat za połączenia (1zł za minutę rozmowy.)

10. Prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych (art. 23 ustawy, **naruszenia przepisów stwierdzono w 25% zgłoszonych spraw**).

Przykład naruszenia: Dyrektor szpitala wydał zarządzenie na podstawie którego odmawiano dostępu do dokumentacji medycznej (w formie kopii) Pacjentowi oraz osobie przez niego upoważnionej. Wobec powyższego pacjent – korzystając z pomocy Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego – napisał prośbę do Pani Ordynator o wydanie kopii dokumentacji medycznej. W efekcie (po obowiązującym ponad półtora roku zakazie) – rejestratorka oddziału dostarczyła żądane kserokopie dokumentacji medycznej (149 stron), za co została od pacjenta pobrana stosowna opłata (95,36 zł). Chwilę później ten sam pracownik oddziału – powołując się na polecenie Pani Ordynator – bez pytania o zgodę zabrał z pokoju pacjenta całość dokumentacji w trakcie jej przeglądania (w odpowiedzi na sprzeciw pacjenta padło stwierdzenie: „Pani Ordynator musi to jeszcze przejrzeć”). Pacjent dwukrotnie zwracał się następnie do Pani Ordynator o zwrot zabranej mu własności i w obu przypadkach otrzymał odpowiedź odmowną. Ostatecznie kopie dokumentacji medycznej zostały zwrócone (po pięciu dniach) – bez jakiegokolwiek wyjaśnienia. Po przeliczeniu (dokonanym wspólnie z Rzecznikiem) okazało się, że w przekazanej pacjentowi dokumentacji brakuje aż 40 stron.

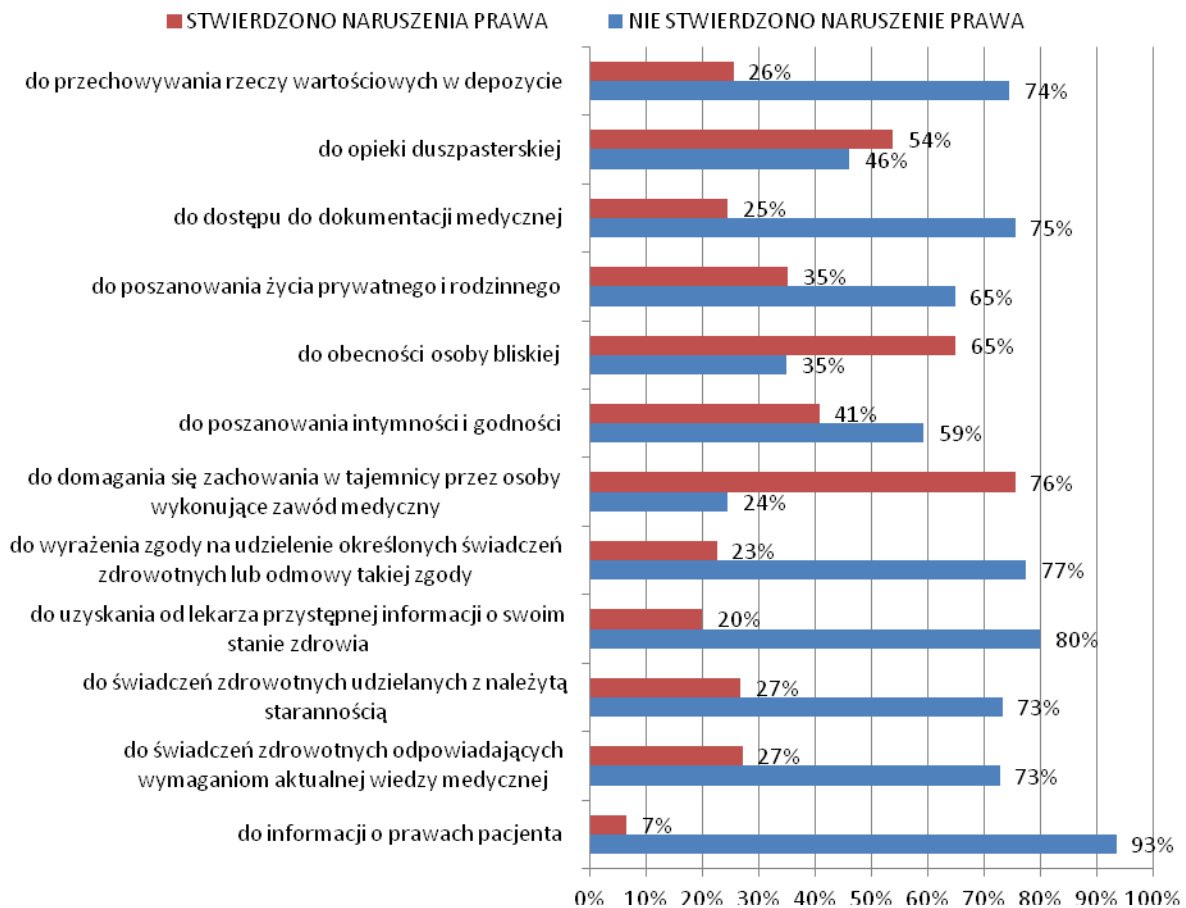
11. Prawo do opieki duszpasterskiej (art. 36 ustawy, **naruszenia przepisów stwierdzono w 54% zgłoszonych spraw**).

Przykład naruszenia: Pacjenci zakładu opiekuńczo-leczniczego przedstawili ustne skargi na brak wystarczającej opieki duszpasterskiej. Personel potwierdził, że prowadzone są działania mające na celu zatrudnienie nowego duchownego, delegowanego przez władze kościelne.

12. Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie (art. 39 ustawy, **naruszenia przepisów stwierdzono w 26% zgłoszonych spraw**).

Przykład naruszenia: W kilku przypadkach zgłoszenia dotyczyły niewydawania pacjentowi karty depozytu.

Przykład naruszenia: Odmowa wydania pacjentowi depozytu pieniężnego, nieinformowanie go o wpływach (renta z ZUS), które wpływały na subkonto pacjenta.



Wykres 19 Naruszenia praw pacjenta wynikające z ustawy

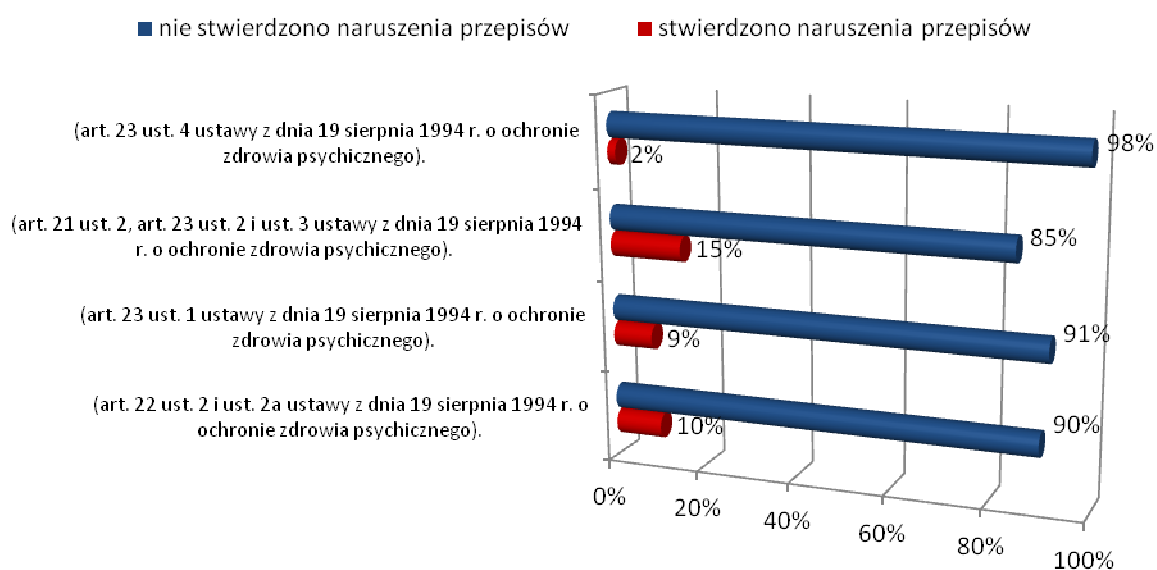
IV. NARUSZENIA PRAW PACJENTA WYNIKAJĄCE z ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego oraz aktów wykonawczych

W trakcie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego pacjent ma następujące prawa:

1. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia. Kierownik szpitala zawiadamia o tym sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia (art. 23 ust. 4 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, **naruszenia przepisów stwierdzono w 2% zgłoszonych spraw**);
2. O przyjęciu do szpitala psychiatrycznego decyduje lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym zbadaniu pacjenta (po uprzedzeniu o przyczynach przeprowadzenia badania) i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa. Lekarz ten jest obowiązany wyjaśnić choremu przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody i poinformować go o jego prawach (art. 21 ust. 2, art. 23 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia

19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, **naruszenia przepisów stwierdzono w 15% zgłoszonych spraw**);

3. Osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu choroby zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób (art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, **naruszenia przepisów stwierdzono w 9% zgłoszonych spraw**);
4. Wyrażenia zgody lub odmowy na leczenie w szpitalu psychiatrycznym. W przypadkach nagłych przyjęcie do szpitala psychiatrycznego może nastąpić bez wcześniejszego uzyskania zgody sądu opiekuńczego. W takim przypadku lekarz przyjmujący ma obowiązek, o ile to możliwe, zasięgnięcia pisemnej opinii innego lekarza, w miarę możliwości psychiatry, albo pisemnej opinii psychologa (art. 22 ust. 2 i ust. 2a ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, **naruszenia przepisów stwierdzono w 10% zgłoszonych spraw**).



Wykres 20 Naruszenia praw pacjenta wynikające z ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego

W trakcie hospitalizacji – pacjent ma prawo do:

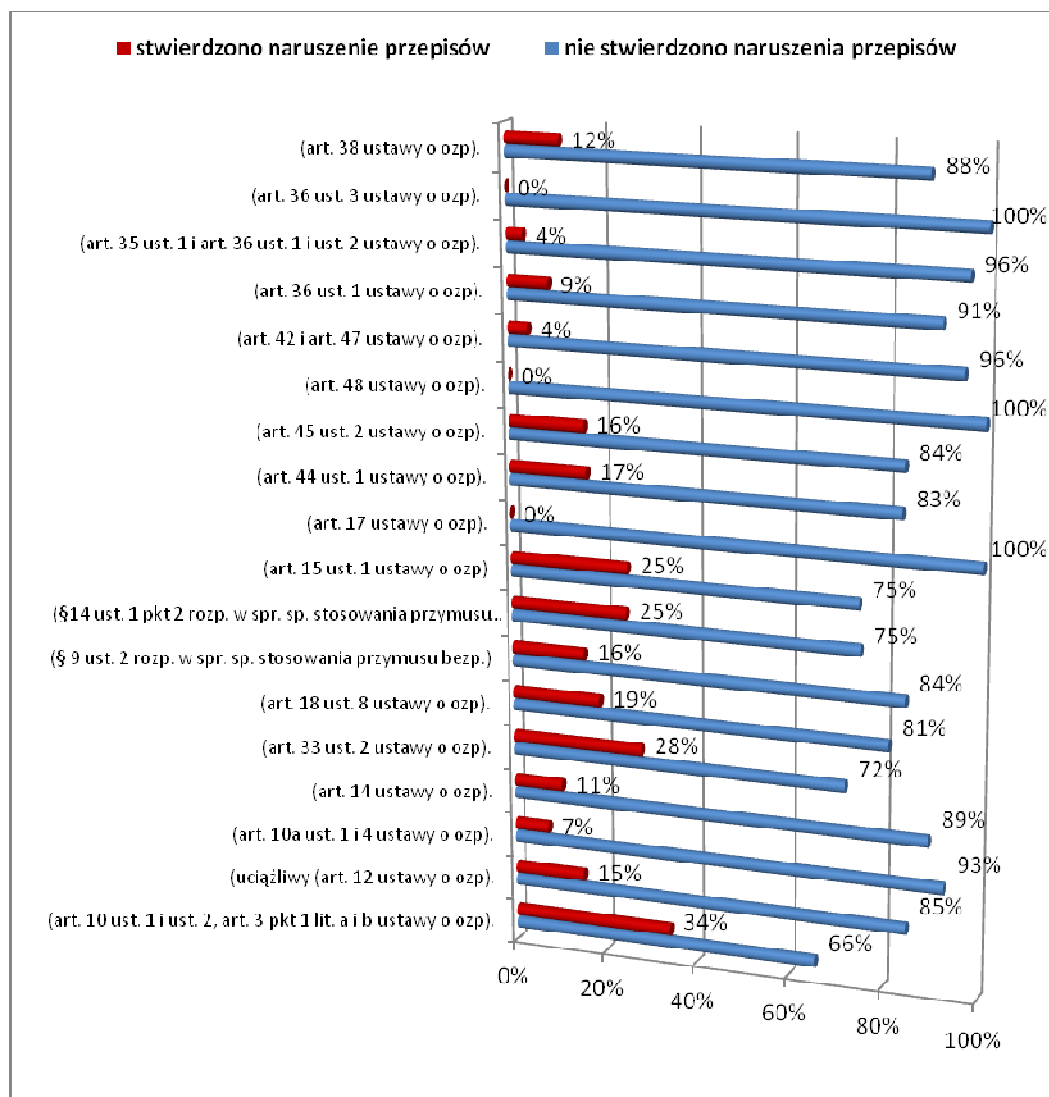
1. Bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz do bezpłatnych produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych, jeżeli jest osobą chorą psychicznie (wykazującą zaburzenia psychotyczne) lub upośledzoną umysłowo, nawet jeżeli nie jest osobą ubezpieczoną (art. 10 ust. 1 i ust. 2,

- art. 3 pkt 1 lit. a i b *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*, **naruszenia przepisów stwierdzono w 34% zgłoszonych spraw**);
2. Tego, aby personel medyczny przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego, brał pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste Pacjenta i dążył do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej uciążliwy (*art. 12 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*) (**naruszenia przepisów stwierdzono w 15% zgłoszonych spraw**);
 3. Uzyskania, zgodnie z art. 10a ust. 1 i 4 *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*, pomocy w ochronie własnych praw jako pacjenta, w szczególności:
 - a) do spotkania z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w warunkach zapewniających swobodę wypowiedzi, nie później niż w terminie 7 dni od dnia zgłoszenia takiej potrzeby,
 - b) przekazywania ustnych i pisemnych skarg w zakresie dotyczącym naruszenia praw pacjenta,
 - c) uzyskania informacji o rozstrzygnięciu zgłoszonej sprawy,**naruszenia przepisów stwierdzono w 7% zgłoszonych spraw**);
 4. Uzyskania zgody ordynatora na okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania z zakładu (przepustki), jeżeli nie zagraża życiu albo życiu i zdrowiu innych osób (*art. 14 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*, **naruszenia przepisów stwierdzono w 11% zgłoszonych spraw**);
 5. Do informacji o planowanym postępowaniu leczniczym (*art. 33 ust. 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*, **naruszenia przepisów stwierdzono w 28% zgłoszonych spraw**);
 6. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego pacjent winien zostać o powyższym uprzedzony (*art. 18 ust. 8 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*, **naruszenia przepisów stwierdzono w 19% zgłoszonych spraw**);
 7. Tego, aby przymus bezpośredni w formie unieruchomienia lub izolacji na zlecenie lekarza nie mógł trwać dłużej niż 4 godziny. Jednakże w razie potrzeby lekarz, po osobistym zbadaniu Pacjenta, może przedłużyć unieruchomienie na następne okresy 6-godzinne (§ 9 ust. 2 *rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego*, **naruszenia przepisów stwierdzono w 16% zgłoszonych spraw**);
 8. Krótkotrwałego uwalniania od unieruchomienia w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej niż co 4 godziny (§14 ust. 1 pkt 2 *rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego*, **naruszenia przepisów stwierdzono w 25% zgłoszonych spraw**);

9. Tego, aby zajęcia rehabilitacyjne prowadzone w szpitalach psychiatrycznych oraz domach pomocy społecznej, nie były podporządkowane celom gospodarczym (art. 15 ust. 1 *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*, **naruszenia przepisów stwierdzono w 25% zgłoszonych spraw**);
10. Tego, aby kierownik zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej w razie stwierdzenia, że przedstawiciel ustawy nie wykonuje należycie swoich obowiązków wobec pacjenta, zawiadomił o tym sąd opiekuńczy (art. 17 *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*, **naruszenia przepisów stwierdzono w 0% zgłoszonych spraw**);
11. Złożenia wniosku do sądu opiekuńczego miejsca siedziby szpitala psychiatrycznego o ustanowienie kuratora, jeżeli pacjent uważa, iż w czasie pobytu w szpitalu potrzebuje pomocy do prowadzenia wszystkich swoich spraw albo spraw określonego rodzaju (art. 44 ust. 1 *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*, **naruszenia przepisów stwierdzono w 17% zgłoszonych spraw**);
12. Wysłuchania pacjenta przez sędziego wizytującego nie później niż w terminie 48 godzin od otrzymania przez sąd opiekuńczy zawiadomienia od kierownika szpitala psychiatrycznego, jeżeli pacjent został przyjęty w trybie art. 23 (osoba chora psychicznie przyjęta, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób), art. 24 (osoba, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, pobyt w szpitalu nie może trwać dłużej niż 10 dni) oraz art. 28 (w razie cofnięcia poprzednio wyrażonej zgody na hospitalizację) – (art. 45 ust. 2 *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*, **naruszenia przepisów stwierdzono w 16% zgłoszonych spraw**);
13. Złożenia wniosku o pełnomocnika z urzędu w toczącym się postępowaniu przed sądem opiekuńczym w sprawach określonych w *ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego* (art. 48 *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*, **naruszenia przepisów stwierdzono w 0% zgłoszonych spraw**);
14. Złożenia odwołania od postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta, do sądu drugiej instancji (art. 42 i art. 47 *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*, **naruszenia przepisów stwierdzono w 4% zgłoszonych spraw**).
15. Złożenia w dowolnej formie wniosku o nakazanie wypisania ze szpitala psychiatrycznego – jeżeli pacjent hospitalizowany jest za swoją zgodą (art. 36 ust. 1 *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*, **naruszenia przepisów stwierdzono w 9% zgłoszonych spraw**);

16. Złożenia, w dowolnej formie, wniosku o nakazanie wypisania ze szpitala psychiatrycznego, nie wcześniej niż po upływie 30 dni od uprawomocnienia się postanowienia sądu opiekuńczego w przedmiocie przyjęcia do szpitala lub dalszego leczenia bez zgody pacjenta. O wypisie Pacjenta postanawia ordynator (lekarz kierujący oddziałem), jeżeli uzna, iż ustały przewidziane w *ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego* przyczyny przyjęcia i pobytu u osoby w szpitalu psychiatrycznym (art. 35 ust. 1 i art. 36 ust. 1 i ust. 2 *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*, **naruszenia przepisów stwierdzono w 4% zgłoszonych spraw**);
17. Wystąpienia do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się szpital psychiatryczny o nakazanie wypisania pacjenta ze szpitala psychiatrycznego, w razie odmowy wypisania. Pacjent powinien złożyć wniosek w terminie 7 dni od powiadomienia ww. osoby o odmowie wypisania oraz o terminie i sposobie złożenia wniosku (art. 36 ust. 3 *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*, **naruszenia przepisów stwierdzono w 0% zgłoszonych spraw**);
18. Przyjęcia za zgodą pacjenta (lub zgodą przedstawiciela ustawowego) do domu pomocy społecznej, jeżeli nie jest w stanie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i nie ma możliwości korzystania z opieki innych osób, a potrzebuje stałej opieki i pielęgnacji, lecz nie wymaga leczenia szpitalnego (art. 38 *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*, **naruszenia przepisów stwierdzono w 12% zgłoszonych spraw**).

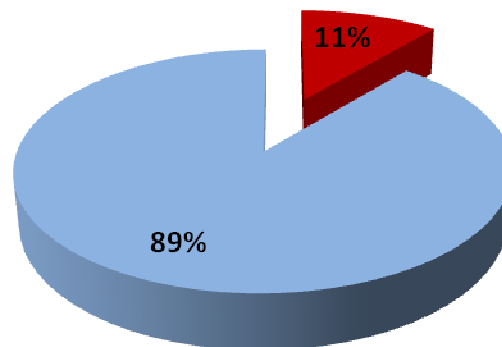
Stopień naruszeń praw pacjenta wynikających z ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, (zwanej w wykresie „ustawą o osp”) przedstawiono poniżej:



Wykres 21 *Naruszenia praw pacjenta w trakcie hospitalizacji*

Spośród 8233 wszystkich spraw, w 913 sprawach stwierdzono naruszenie przepisów prawa. W pozostałych przypadkach nie ujawniono nieprawidłowości, bądź skarżący/wnioskodawcy nie uprawdopodobnili naruszenia praw pacjenta. Często Rzecznik informował szczegółowo o obowiązujących przepisach, procedurach, wskazując podstawy prawne działań pracowników szpitala.

- liczba spraw, w których stwierdzono naruszenie praw pacjenta
- liczba spraw (w tym porady prawne)



Wykres 22 Skala naruszeń praw pacjenta ogółem

1.1 DZIAŁANIA PODJĘTE PRZEZ RZECZNIKÓW PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO Z WŁASNEJ INICJATYWY

Zgodnie z § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r. w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, Rzecznik zobowiązany jest dokonywać oceny przestrzegania praw pacjentów, w szczególności w odniesieniu do pacjentów przyjętych do szpitala psychiatrycznego bez zgody, wobec których zastosowano przymus bezpośredni, niezdolnych do wyrażania zgody lub stosunku do przyjęcia albo leczenia, jak również wobec pacjentów przebywających w szpitalu na mocy orzeczenia o zastosowaniu środka zabezpieczającego.

Podczas wizyt w poszczególnych oddziałach Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego przeprowadzali – podobnie jak w poprzednim okresie sprawozdawczym – szereg rozmów z pacjentami oraz z personelem odnośnie do przebiegu hospitalizacji osób, które przebywają w szpitalu bez zgody oraz czy zostały zachowane procedury przyjęcia bez zgody – zgodnie z normą art. 23 ust. 2–5, 24; 25, 27, 29; 45, 46 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. W przypadkach zastosowania wobec pacjenta środków przymusu bezpośredniego Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego starał się uzyskać informacje od personelu medycznego (lekarzy, pielęgniarek) o przyczynach zastosowania przymusu bezpośredniego, analizował zasadność jego zastosowania, ustalał czas trwania stosowania przymusu, oraz czy pacjent był uwalniany na zaspokojenie potrzeb fizjologicznych i higienicznych zgodnie z przepisami § 14 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego. W przypadkach zastosowania przymusu w formie unieruchomienia, Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala

Psychiatrycznego dokonywał również oceny, czy w sposób prawidłowy zastosowano unieruchomienie – oceniał, czy pasy nie są założone zbyt ciasno lub zbyt luźno.

Ponadto, w ramach działalności podejmowanej z własnej inicjatywy, w przypadku osób niezdolnych do wyrażania zgody w stosunku do przyjęcia albo leczenia, Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, wykonując powyżej wymienione działania, w szczególności uwzględniali i zwracali uwagę na kwestie związane z realizacją procesu pielęgnowania wiążącego się z identyfikowaniem oraz zaspokajaniem indywidualnych potrzeb, wywiązywania się z zadań opiekuńczych w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych pacjentów, w szczególności zachęcania pacjentów do spożywania posiłków, dbałości, aby pacjenci spożywali posiłki o odpowiedniej temperaturze, czy podczas spożywania posiłków udzielano pomocy osobom niezdolnym do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, czy czynności związane ze sprawowaniem opieki wykonywane były z poszanowaniem intymności i godności pacjenta, itp.

Wnioski

W dokonanej przez Rzecznika Praw Pacjenta ogólnej ocenie oraz analizie działalności podmiotów leczniczych, w których pełnią funkcję Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, większość problemów sygnalizowanych w poprzednich okresach sprawozdawczych nadal jest aktualna.

Wskazane powyżej statystyki determinują do ciągłego podejmowania działań o charakterze systemowym ukierunkowanych na szeroko rozumianą edukację w zakresie praw pacjenta.

Spis wykresów

<i>Wykres 1 Liczba pism kierowanych do Rzecznika w roku 2010 oraz w roku 2011.....</i>	<i>9</i>
<i>Wykres 2 Liczba rozmów telefonicznych przeprowadzonych w Biurze Rzecznika w roku 2010 oraz w roku 2011.....</i>	<i>10</i>
<i>Wykres 3 Liczba osób przyjętych w Biurze Rzecznika w roku 2009, 2010 oraz 2011.....</i>	<i>10</i>
<i>Wykres 4 Liczba spraw podjętych w 2011 r. przez Rzecznika w trybie art. 51 ustawy</i>	<i>11</i>
<i>Wykres 5 Postępowania wyjaśniające na wniosek prowadzone przez Rzecznika w 2011 r. wraz ze wskazaniem sposobu ich zakończenia.....</i>	<i>12</i>
<i>Wykres 6 Postępowania wyjaśniające prowadzone z własnej inicjatywy Rzecznika w 2011 r. wraz ze wskazaniem sposobu ich zakończenia.....</i>	<i>13</i>
<i>Wykres 7 Dane dotyczące pacjentów korzystających z kontaktu z Biurem za pośrednictwem infolinii z podziałem na województwa.....</i>	<i>67</i>
<i>Wykres 8 Podział adresatów zgłoszeń kierowanych do Biura Rzecznika Praw Pacjenta.....</i>	<i>67</i>
<i>Wykres 9 Podział zgłoszeń ze względu na instytucje</i>	<i>71</i>
<i>Wykres 10 Relacje pacjentów z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego</i>	<i>80</i>
<i>Wykres 11 Współpraca Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z rodzinami, przedstawicielami ustawowymi, opiekunami prawnymi lub faktycznymi pacjentów.....</i>	<i>82</i>
<i>Wykres 12 Współpraca Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z rodzinami, przedstawicielami ustawowymi, opiekunami prawnymi lub faktycznymi pacjentów w stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego</i>	<i>82</i>
<i>Wykres 13 Relacja Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z Dyrekcją Szpitala....</i>	<i>84</i>
<i>Wykres 14 Relacja Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z pracownikami Szpitala</i>	<i>84</i>
<i>Wykres 15 Relacja Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z Dyrekcją Szpitala w stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego</i>	<i>85</i>
<i>Wykres 16 Relacja RzPPSzP z pracownikami Szpitala w stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego</i>	<i>85</i>
<i>Wykres 17 Najczęściej rejestrowane sprawy dotyczące nieprzestrzegania praw przedmiotowej grupy pacjentów w stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego</i>	<i>86</i>
<i>Wykres 18 Podział spraw ze względu na charakter i podstawę naruszeń.....</i>	<i>86</i>
<i>Wykres 19 Naruszenia praw pacjenta wynikające z ustawy</i>	<i>92</i>

<i>Wykres 20 Naruszenia praw pacjenta wynikające z ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.....</i>	<i>93</i>
<i>Wykres 21 Naruszenia praw pacjenta w trakcie hospitalizacji.....</i>	<i>97</i>
<i>Wykres 22 Skala naruszeń praw pacjenta ogółem</i>	<i>98</i>

Spis tabel

<i>Tabela 1 Liczba spraw podjętych w 2011 r. przez Rzecznika w trybie art. 51 ustawy.</i>	<i>11</i>
<i>Tabela 2 Skontrolowane podmioty lecznicze w 2011 r.</i>	<i>20</i>
<i>Tabela 3 Dane statystyczne przeprowadzonych rozmów telefonicznych z podziałem na poszczególne prawa pacjenta.....</i>	<i>69</i>
<i>Tabela 4 Dane statystyczne przeprowadzonych rozmów telefonicznych z podziałem na obowiązujące przepisy prawa.....</i>	<i>70</i>

Spis rysunków

<i>Rysunek 1 Rodzaje spraw o odszkodowania za szkody wyrządzone przez Służbę Zdrowia w latach 2009-2010 – Sądy Rejonowe.....</i>	<i>33</i>
<i>Rysunek 2 Rodzaje spraw o odszkodowania za szkody wyrządzone przez Służbę Zdrowia w latach 2009-2010 – Sądy Okręgowe I instancja</i>	<i>34</i>
<i>Rysunek 3 Reklama prasowa.....</i>	<i>40</i>
<i>Rysunek 4 Ulotka informacyjna – strona zewnętrzna.....</i>	<i>41</i>
<i>Rysunek 5 Ulotka informacyjna – strona wewnętrzna.....</i>	<i>42</i>
<i>Rysunek 6 Plakat informacyjny o wystawie prac plastycznych uczestników Warsztatów Terapii Zajęciowej.....</i>	<i>45</i>
<i>Rysunek 7 Klasyczny cykl działania Infolinii.....</i>	<i>66</i>

Sprawy zbadane na miejscu - art. 52 ust. 2 ustawy

I Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Lubiążu (woj. dolnośląskie)

1. Podstawa wszczęcia działań kontrolnych

W dniu 2 marca 2011 r. Rzecznik Praw Pacjenta wraz z Ministerstwem Zdrowia przeprowadził wspólną kontrolę w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Lubiążu.

2. Zakres kontroli

Zakres kontroli obejmował w szczególności:

- a) stan bezpieczeństwa pacjentów hospitalizowanych w placówce (możliwość ucieczki, etc),
- b) przestrzeganie praw pacjenta określonych w ustawie oraz przepisach odrębnych,
- c) stopień i zakres realizacji procedur medycznych odpowiadających standardom terapeutycznym.

3. Stwierdzone nieprawidłowości

Na podstawie przeprowadzonych na miejscu działań, stwierdzono następujące nieprawidłowości:

W trzech Oddziałach Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu, 1 Oddziale Odwykowym o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Młodzieży oraz 1 Oddziale Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu stwierdzono nieprawidłowości w zakresie:

1. Wyposażenia technicznego drzwi oraz okien kontrolowanych oddziałów tj. brak zabezpieczenia okien kratami lub ich niewłaściwe zamontowanie, umożliwiające pacjentom samowolne opuszczenie zakładu, brak elektronicznego systemu sygnalizującego o niekontrolowanym otwarciu okien;
2. Wyposażenia pomieszczeń, tj. występowanie ubytków farb oraz tynków, miejscowe zawilgocenie oraz zagrzybienie ścian, zacieki na ścianach, brak regularnego utrzymania czystości oraz sprawności technicznej urządzeń sanitarnych;
3. Sposobu prowadzenia i przetwarzania dokumentacji medycznej, tj:
 - a) brak prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej zastosowania przymusu bezpośredniego w postaci izolacji (karty zastosowania unieruchomienia i izolacji),
 - b) brak wpisów w historiach choroby informujących o indywidualnym planie terapeutycznym,
 - c) brak uzasadnienia w historii choroby zmiany postępowania terapeutycznego,
 - d) brak autoryzacji wpisów osoby zlecającej i wykonującej zlecenia podania leku.
4. Pacjenci podnosili, iż nie są im udzielane informacje o stanie ich zdrowia oraz zastosowanym procesie leczniczym i terapeutycznym;

5. Ograniczenie w zakresie możliwości korzystania przez nieletnich pacjentów z prawa do kontaktu telefonicznego oraz korespondencyjnego. Rozmowy telefoniczne prowadzone są w obecności personelu. Wysyłanie korespondencji uzależnione jest od uzyskania zgody ordynatora;
6. W Oddziale I zwrócono uwagę na istotne ograniczenia w zakresie korzystania z toalety. Pomieszczenie to, w ciągu dnia, udostępniane jest pacjentom jedynie w wyznaczonych godzinach.

4. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

Mając na uwadze powyższe ustalenia stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do:

1. Świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym (art. 8 ustawy);
2. Świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, opartej na dostępnych metodach i środkach zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, wykonywanych przez lekarzy, pielęgniarki z należytą starannością i zgodnie z zasadami etyki zawodowej, (art. 6 ustawy);
3. Intymności i poszanowania godności osobistej w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 20 ustawy);
4. Do uzyskania przystępnej informacji od lekarza o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia, rokowaniu. Lekarz może być zwolniony z tego obowiązku wyłącznie na żądanie pacjenta. Lekarz może udzielać powyższych informacji, innym osobom tylko za zgodą pacjenta (art. 9 ustawy);
5. Kontaktu telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz w podmiotach leczniczych (art. 33 ustawy).

Ponadto, stwierdzono naruszenie przepisów określonych w:

1. *art. 20 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.);*
2. *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. Nr 179, poz. 1854, z późn. zm.);*
3. *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;*

4. Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego.
5. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.

5. Zalecenia pokontrolne

Rzecznik Praw Pacjenta wraz z Ministrem Zdrowia wystąpili do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

1. Uzupełnienie liczby obsady personelu (zatrudnienie wykwalifikowanej kadry do pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi),
2. Opracowanie i wdrożenie programu terapeutycznego (objęcie programem wszystkich osób hospitalizowanych zgodnie z nakazem sądu),
3. Opracowanie regulaminu dotyczącego monitoringu Oddziału ze szczególnym uwzględnieniem wydłużenia okresu przechowywania zapisów z monitoringu, jak również kręgu osób upoważnionych do wglądu w nagrania,
4. Kontrolowanie poziomu przestrzegania praw pacjenta,
5. Przeprowadzenie szkolenia personelu z zakresu przepisów ustawy oraz ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego ze szczególnym uwzględnieniem stosowania przymusu bezpośredniego,
6. Podjęcie natychmiastowych i skutecznych działań zmierzających do poprawy bezpieczeństwa pacjentów, w szczególności polegających na:
 - a) dostosowaniu systemu monitorowania i alarmowego oddziału,
 - b) zabezpieczeniu okien, w sposób uniemożliwiający ucieczki pacjentom,
7. Podjęcie niezwłocznych działań mających na celu zmniejszenie liczby wypadków w Oddziale, zarówno wynikających ze stanu zdrowia pacjenta (pobicia innych pacjentów, pobicia personelu, zamachy suicydalne, zamachy przeciwko bezpieczeństwu publicznemu), jak i wynikające ze stanu fizycznego pacjentów (upadki w łazience, upadki z łóżek, potknięcia itp.). Za sprawę priorytetową należy uznać wyeliminowanie wszelkich okoliczności umożliwiających zachowania samobójcze;
8. Opracowanie kwartalnego raportu wypadków w Oddziale, zawierającego informacje nt. zachowań pacjentów autoagresywnych, suicydalnych, agresywnych fizycznie wobec personelu lub pacjentów, sprowadzenia zagrożenia dla bezpieczeństwa publicznego (np. wywoływanie pożaru) czy samowolnych oddaleń z Oddziału,
9. Wymiana wszystkich okien w Oddziale oraz zabezpieczenie okien w salach przed możliwością przemykania niebezpiecznych przedmiotów przez osoby z zewnątrz. Wymiana powinna uwzględnić wymianę szyb na nietłukące się,

10. Modernizacja i dostosowanie izolatek do wymagań uregulowanych w *rozporządzeniu w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*,
11. Modernizacja pomieszczeń, w szczególności łazienek (dostosowanie ich do potrzeb osób niepełnosprawnych),
12. Inne remonty polegające na odmalowaniu Oddziału, modernizacji instalacji elektrycznej oraz wymiana wszystkich materaców na ognioodporne,
13. Modernizacji stołówki pacjentów, celem zapewnienia higienicznych i estetycznych warunków do spożywania posiłków przez pacjentów,
14. Opracowanie i wdrożenie procedur sanitarno–higienicznych,
15. Wprowadzenie wyraźnego systemu oznakowania wewnątrz Oddziału, poprzez umieszczenie tablicy informacyjnej w holu głównym Oddziału, uzupełnieniu brakujących tabliczek na drzwiach, zwłaszcza gabinetów psychologów i sal terapeutycznych,
16. Przeprowadzenia szkolenia dla personelu medycznego z prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z *rozporządzeniem Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*,
17. Przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego z zasad przygotowywania leków zgodnie zaleceniami opracowanymi przez dr Annę Hajduk Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa Psychiatrycznego.

6. Wyniki podjętych działań

W związku z ww. zaleceniami pokontrolnymi, Marszałek Województwa Dolnośląskiego poinformował, że w ww. podmiocie leczniczym:

1. Naprawiono ogrodzenie spacernika przy Oddziale III Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Młodzieży, zabezpieczając przed próbami ucieczek.
2. W Oddziale V, na II piętrze pomalowano sale chorych, gabinet zabiegowy, gabinety lekarskie, dyżurkę pielęgniarską.
3. Wymieniono wykładziny podłogowe w salach chorych, gabinetach lekarskich, zabiegowym i dyżurce pielęgniarskiej.
4. Wykonano adaptację pomieszczenia w piwnicy budynku, z przeznaczeniem na brudownik.
5. Przeprowadzono szkolenia dla personelu pielęgniarskiego, którego tematem były: zasady stosowania przymusu bezpośredniego, zasady prowadzenia dokumentacji medycznej oraz zagadnienia związane z problemem samobójstw – geneza, epidemiologia.
6. Zamontowano dodatkowe kamery w Oddziale II.
7. W Oddziale V podjęto działania remontowe: korytarzy oraz toalet.
8. W Oddziale IV Psychiatrii Sądowej dokonano naprawy krat okiennych.

II Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Międzyrzeczu (woj. lubuskie)

1. Podstawa wszczęcia działań kontrolnych

W dniach 4 i 5 kwietnia 2011 r. Rzecznik wraz z Ministerstwem Zdrowia przeprowadził wspólną kontrolę w Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Międzyrzeczu.

2. Zakres kontroli

Zakres kontroli obejmował w szczególności:

- a) przestrzeganie praw pacjenta określonych w ustawie oraz przepisach odrębnych,
- b) stan bezpieczeństwa pacjentów hospitalizowanych w placówce (możliwość ucieczki, etc),
- c) stopień i zakres realizacji procedur medycznych odpowiadających standardom terapeutycznym.

3. Stwierdzone nieprawidłowości

Na podstawie podjętych działań kontrolnych stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 79, poz. 692) w § 16 określa warunki pobytu pacjentów oddziałów o wzmocnionym zabezpieczeniu pod kątem zapewnienia bezpieczeństwa i warunków leczenia. Wymóg określony w § 16 ust. 3 lit. a jest realizowany fasadowo, bowiem Oddział nie zatrudnia wyspecjalizowanych pracowników ochrony. Obraz z kamer nie jest oglądany na bieżąco ani systematycznie monitorowany. Nagrania z kamer, dostępne przez okres ok. 2 tygodni, mogą tym samym stanowić jedynie materiał analityczny post factum – nie stanowią narzędzia nadzoru bezpośredniego lub pośredniej podstawy do alarmu i bieżącej interwencji. Stwierdzony stan rzeczy jest zgodny z minimalistyczną koncepcją wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich. Nie jest realizowany wymóg określany w § 16 pkt 5 przywołanego wcześniej rozporządzenia, nakazujący zatrudnienie personelu w liczbie dwukrotnie większej od liczby pacjentów w oddziale;*
2. Nieprawidłowości w organizowaniu zajęć terapeutycznych dla dzieci i młodzieży,
3. Nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej tj. niezgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,*
4. Personel pielęgniarski w Oddziale i w Izbie Przyjęć nie posiadał wizytówek identyfikujących,
5. Leki były podawane na podstawie wpisów do zeszytu, do którego pielęgniarka oddziałowa przepisywała zlecenia lekarskie – zwyczajnie przepisywania zleceń lekarskich na „karteczki” lub do „zeszytu”,

6. Brak zajęć popołudniowych oraz weekendowych. Pacjenci mają czas wolny, w którym najczęściej oglądają telewizję, ponieważ sale wyposażone np. w sprzęty plastyczne są zamykane,
7. Praktyki wykluczające udział chłopców z zajęć grupowych, oraz ubieranie ich w wyróżniające się koszulki – jako konsekwencje złego zachowania. Wskazuje to na napiętnowanie oraz izolowanie pacjenta od grupy, tym samym daje przykład i przyzwolenie na aspołeczne zachowania;
8. W jadłospisie uwzględnia się 5 posiłków, a de facto dzieci otrzymują najczęściej 3, ponieważ podwieczerek podawany jest o godz. 19,00 razem z kolacją, zatem młodzież od godz. 13.00 do 19.00 pozbawiona jest posiłku. Zbyt małe porcje, które nie spełniają wymogów.

4. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

Mając na uwadze powyższe ustalenia stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do:

1. Świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym (art. 8 ustawy).
2. Intymności i poszanowania godności osobistej w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 20 ustawy).

Ponadto, stwierdzono naruszenie przepisów określonych w:

1. *Ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (art. 20 ust. 1 pkt 3),*
2. *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,*
3. *Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego,*
4. *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej,*
5. *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających,*
6. *Rozporządzeniu 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).*

5. Zalecenia pokontrolne

Rzecznik Praw Pacjenta wraz z Ministrem Zdrowia wystąpili do Świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

1. W trybie pilnym zmiana żywienia przebywającej w oddziale dorastającej młodzieży,
2. Opracowywanie, bądź akceptowanie jadłospisów przez dietetyka szpitalnego,
3. Prowadzenie systematycznego nadzoru nad żywieniem młodzieży przez upoważnionego przez dyrektora szpitala pracownika,
4. Zatrudnienie dodatkowo przynajmniej dwóch osób (terapeutów),
5. Zapewnienie co najmniej jednego etatu instruktora sportu (dwa etaty pozwoliłyby zagospodarować planowymi zajęciami z wychowania fizycznego, wolny dotąd czas pacjentów, także w soboty),
6. Wydzielenie etatu dla instruktora terapii zajęciowej w celu nadania aktywności kulturalnej pacjentów charakteru planowego,
7. Uregulowanie kwestii zatrudnienia personelu pielęgniarstwa,
8. Raporty pielęgniarstwa powinny być podpisywane codziennie przez pielęgniarkę oddziałową, a w trakcie kontroli oddziału również przez pielęgniarkę naczelną szpitala,
9. Personel pielęgniarstwa powinien posiadać wizytówki identyfikujące,
10. Zaleca się prowadzenie przez pielęgniarki/rzy dokumentacji pacjenta w formie notatki z całodziennej obserwacji,
11. Zaleca się aby oddział realizujący świadczenia pielęgniarstwa poprzez m.in. realizację zleceń lekarskich w tym podawanie leków drogą doustną przestrzegał następujących zasad:
 - a) zlecenia lekarskie wpisuje lekarz do indywidualnej karty zleceń,
 - b) wyłącznie pielęgniarka przygotowująca leki, podaje je pacjentowi, autoryzując każdorazowo podpisem w indywidualnej karcie zleceń,
 - c) osoba autoryzująca zlecenie jest odpowiedzialna za jego wykonanie,
 - d) niedopuszczalne jest przepisywanie zleceń na tzw. karteczki umieszczone na tacy z lekami,
 - e) na tzw. karteczkach umieszcza się wyłącznie imię i nazwisko pacjenta oraz nr sali w której przebywa,
 - f) przygotowując leki pielęgniarka powinna dochować szczególnej staranności, trzykrotnie sprawdzając zgodność zleceń z podawanym lekiem, jego dawką, częstotliwością podania,
12. Zaleca się prowadzenie kart przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego. Obowiązkiem pielęgniarki/pielęgniarza jest kontrolowanie stanu fizycznego i psychicznego osoby unieruchomionej nie rzadziej niż co 15 minut (również w czasie snu tej osoby), a adnotacje o jej stanie jest zobowiązana bezzwłocznie zapisać w karcie (załącznik nr 3 – Instrukcja Systemu Zarządzania Jakością QI-5/P),

13. Zaleca się osobom odpowiedzialnym za pracę personelu medycznego codzienne zapoznawanie się z raportem pielęgniarstwowym i podpisywanie się pod nim,
14. Poinformowanie lekarzy, iż nie powinni podpisywać się pod raportem pielęgniarstwowym,
15. Należy zmodyfikować „Regulamin tygodniowej oceny zachowania” tak, aby wykluczyć konsekwencje prowadzące do alienacji chłopców z grupy,
16. Przeprowadzenie konkursów na stanowiska naczelnego pielęgniarki szpitala oraz pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Młodzieży,
17. Uregulowanie liczby łóżek względem faktycznej liczby pacjentów oraz zweryfikować, czy Szpital jest w stanie zapewnić właściwą opiekę większej liczbie nieletnich mając na względzie wskazane braki kadrowe,
18. Rozważenie udostępnienia sal plastycznych i gimnastycznych pacjentom w czasie wolnym.

6. Wyniki działań podjętych przez Rzecznika

- 1) Dyrektor ww. podmiotu leczniczego poinformował, iż:
 1. Zwiększono stawki żywieniowe dla młodzieży, jakość posiłków jest kontrolowana,
 2. Wszystkie jadłospisy są akceptowane przez dietetyka oraz dyrektora szpitala,
 3. Podjęto działania zmierzające do zatrudnienia dodatkowych 2 osób na etatach terapeuty w Całodobowym Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Młodzieży nr XIX,
 4. W pełnym wymiarze czasu pracy został zatrudniony młodszy asystent wychowania fizycznego,
 5. Zajęcia terapii odbywają się codziennie, prowadzi je pedagog, program tych zajęć znajduje się w programach terapii każdego z pacjentów,
 6. Szpital zapewnił dla zatrudnionych pracowników identyfikatory, nadzór nad identyfikacją personelu powierzono pielęgniarce oddziałowej,
 7. Wprowadzono kartę zmian do Pielęgniarskiej Instrukcji QI-2/P ISO 9001:2008 dotyczącej sposobu podawania leków doustnych. Zmiana podyktowana była wprowadzeniem nowego formularza indywidualnej karty zleceń lekarskich, zgodnego z wymaganiami obowiązującego *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej*. Przyjęcie oraz realizacja zlecenia lekarskiego pielęgniarka potwierdza czytelnym podpisem. Wyeliminowano nieprawidłowości związane z umieszczaniem karteczek z wykazem leków dla pacjentów na tacy z lekami. Wdrożono zalecenie w zakresie umieszczania wyłącznie imienia i nazwiska pacjenta oraz sali, na której przebywa;
 8. Wydano dyspozycje dotyczące zasad zapoznania się z raportem pielęgniarstwowym zgodnie z zaleceniami pokontrolnymi,
 9. Proces dokumentowania całodobowej obserwacji pielęgniarstwowo-odbywa się poprzez prowadzenie indywidualnych kart obserwacji pielęgniarstwowo, w których dokonuje się wpisów dwa razy na dobę oraz w każdym przypadku gdy zostaną zaobserwowane zmiany stanu psycho-

- fizycznego pacjenta. Z dokumentacją zapoznaje się i potwierdza podpisem personel pielęgniarski, pielęgniarka oddziałowa, ordynator oraz pielęgniarka naczelną podczas wizytowania oddziału;
10. W zakresie monitorowania stanu psycho-fizycznego pacjenta w przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego, trwają prace nad wprowadzeniem karty zmian do instrukcji QI-5/P SZJ, polegające na opracowaniu i skompletowaniu załączników umożliwiających dokumentowanie kompleksowej obserwacji pacjenta z uwzględnieniem monitorowania bilansu płynów oraz parametrów życiowych,
 11. Procedura codziennego potwierdzania czytelnym podpisem zapoznania się z raportem pielęgniarskim osób odpowiedzialnych za pracę personelu medycznego jest realizowana na bieżąco,
 12. Przeprowadzono w oddziale audyt wewnętrzny w zakresie procesu dokumentowania indywidualnych świadczeń medycznych, zgodnie z Normą ISO 9001:2008, który potwierdził realizację *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej*,
 13. Poinstruowano personel, że lekarz dyżurny nie powinien podpisywać się pod raportem pielęgniarskim,
 14. Podjęto działania rozpoczynające procedurę konkursową na stanowisko Naczelnej Pielęgniarki oraz pielęgniarek oddziałowych.
- 2) Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zapewnił, iż będzie systematycznie monitorował realizację świadczeń zgodnie z powołanymi wyżej przepisami i w tym zakresie może stosować sankcje o charakterze finansowym.

III Samodzielny Publiczny Zakład Opiekuńczo-Leczniczy dla Dzieci i Młodzieży w Bacikach Średnich (woj. podlaskie)

1. Podstawa wszczęcia działań kontrolnych

Rzecznik Praw Pacjenta podjął decyzję o zbadaniu sprawy na miejscu na podstawie zgłoszenia, dotyczącego złych warunków bytowych pacjentów, przeniesionych decyzją dyrektora zakładu opiekuńczo-leczniczego do budynku szkoły znajdującego się na terenie zakładu opiekuńczo-leczniczego. Budynek, w którym dotychczas przebywali pacjenci, został udostępniony kolonii – w ramach prowadzonej działalności gospodarczej przez Dyrektora (uprawdopodobnienie naruszenia art. 8). W dniu 21 lipca 2011 r. przeprowadzono czynności kontrolne.

2. Zakres kontroli

Zakres kontroli obejmował przestrzeganie praw pacjenta określonych w ustawie oraz przepisach odrębnych, w tym m.in.:

1. *Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego,*

2. *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,*
3. *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,*
4. *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,*
5. *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.*

3. Stwierdzone nieprawidłowości

Na podstawie przeprowadzonych na miejscu działań stwierdzono:

1. Nieuzasadnione przeniesienie pacjentów do pomieszczeń szkolnych, jako konsekwencja komercyjnego wynajęcia dla kolonii zewnętrznej pomieszczeń przeznaczonych do prowadzenia działalności leczniczo-opiekuńczej,
2. Naruszenie w zakresie wyposażenia i stanu technicznego i sanitarno-higienicznego kontrolowanych pomieszczeń, tj.:
 - a) zaduch w salach spowodowany brakiem wentylacji,
 - b) brudna pościel,
 - c) brudne oraz zakurzone podłogi,
 - d) niedomyte miski ustępowe, umywalki oraz posadzki,
 - e) zorganizowanie punktu zabiegowego w jednym z pokoi sypialnych,
3. Bardzo duże zagęszczenie w salach, zmuszające niepełnosprawnych pacjentów do korzystania z łóżek piętrowych,
4. Naruszenie w zakresie poszanowania godności oraz intymności małoletniego pacjenta, tj.:
 - a) pozostawianie pacjentom brudnej (czasem zmoczonej uprzednio moczem) pościeli,
 - b) konieczność długotrwałego przebywania pacjentów z upośledzeniem umysłowym w wieku 3–18 lat w pomieszczeniach niedostosowanych do przebywania w nich osób dotkniętych niepełnosprawnością,
 - c) pozostawienie pacjentów w niekompletnym ubraniu, dzieci biegały często boso po oddziale,
5. Istotne uchybienia w zakresie przestrzegania standardów opieki medycznej, tj.:
 - a) zbyt mała liczba personelu pielęgniarstwa: 2 pielęgniarki sprawowały opiekę nad 28 pacjentami, w tym 5 leżącymi, wymagającymi szczególnej opieki,
 - b) brak wystarczającej opieki lekarskiej, zlecenia lekarskie w trakcie długotrwałej jego nieobecności przedłużane były przez pielęgniarki,
 - c) brak koszy na odpady medyczne,

- d) brak sal terapeutyczno–rehabilitacyjnych,
- e) wykonywanie zabiegów pielęgniarских w pokojach pacjentów,
- f) brak zajęć rehabilitacyjnych oraz programu terapeutycznego, brak zaplecza przeznaczonego do prowadzenia zajęć psychopedagogicznych oraz korekcyjnych.

4. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

W wyniku przeprowadzonych działań stwierdzono, iż w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym dla Dzieci i Młodzieży w Bacikach Średnich doszło do naruszenia następujących praw pacjenta:

1. 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 o którym mowa w art. 8 ustawy,
2. Prawo pacjenta do intymności i godności o którym mowa w art. 20 ustawy oraz przepisów odrębnych.

5. Zalecenia pokontrolne

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

1. Podjęcie natychmiastowych i skutecznych działań zmierzających do zapewnienia poprawy warunków bytowych pacjentów – przeniesienie do docelowego obiektu,
2. Modernizacja pomieszczeń sanitarnych oraz dostosowanie ich do potrzeb osób niepełnosprawnych,
3. Doposażenie zakładu w sprzęt/meble,
4. Zaopatrzenie pacjentów w środki czystości higieny osobistej,
5. Zapewnienie dostępu do świadczeń medycznych (lekarza),
6. Zakup zabawek, gier, piłek etc. (instrumentów wykorzystywanych w zajęciach psycho-educacyjnych),
7. Opracowanie i wdrożenie planu zajęć rehabilitacyjnych dla dzieci,
8. Przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego z zakresu prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej*,
9. Przeszkolenie personelu w zakresie obowiązujących procedur higieniczno-sanitarnych, w szczególności postępowania z odpadami medycznymi i komunalnymi,
10. Przeprowadzenie szkolenia dla personelu pielęgniarского w zakresie czynności związanych z podstawowymi zasadami przygotowywania i podawania leków oraz dokumentowania wykonanego zlecenia,
11. Przeprowadzenie szkolenia dla personelu z zakresu przepisów ustawy.

6. Wyniki działań podjętych przez Rzecznika

- 1) Dyrektor ww. podmiotu leczniczego poinformowała, że:
 1. Wszyscy pacjenci zostali przeniesieni do budynku przeznaczonego do prowadzenia działalności leczniczej,
 2. Pomieszczenia sanitarne dostosowano do potrzeb osób niepełnosprawnych,
 3. Zakład doposażono w łóżka szpitalne i szafki, pozyskano również środki na doposażenia kuchni,
 4. Wszyscy pensjonariusze zakładu opiekuńczo–leczniczego są zaopatrywani w środki higieny osobistej,
 5. Dzieci przebywające w zakładzie opiekuńczo–leczniczym mają dostęp do zabawek, gier, piłek i innych atrakcji umożliwiających rozwój. W tym aspekcie zakład bazuje na darach ofiarodawców,
 6. Zatrudnionych zostało 3 fizjoterapeutów w pełnym wymiarze czasu oraz jeden na pół etatu,
 7. Przeprowadzono szkolenie dla pielęgniarek w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej,
 8. Personel został przeszkolony w zakresie procedur higieniczno-sanitarnych,
 9. Przeprowadzono szkolenie w zakresie zasad przygotowania i podawania leków oraz dokumentowania wykonanego zlecenia,
 10. Zostanie przeprowadzone szkolenie w zakresie praw pacjenta (planowany termin: 7 listopada 2012 r.);
- 2) Dyrektor POW NFZ, poinformował, iż przeprowadzono kontrolę doraźną ww. świadczeniodawcy pod kątem oceny prawidłowości realizacji umowy z NFZ w ramach świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci i młodzieży. W wyniku działań kontrolnych na świadczeniodawcę nałożono finansową karę umowną oraz zobowiązano go do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości;
- 3) Marszałek Województwa Podlaskiego poinformował, że Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego przeprowadził kontrolę w rzeczonej placówce oraz przesłał kopię protokołu kontroli, w wyniku której potwierdziły się stwierdzone przez Rzecznika naruszenia. Marszałek zobowiązał kierownictwo ZOL do usunięcia stwierdzonych naruszeń;
- 4) Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży poinformowała, iż zasady funkcjonowania ZOL w Bacikach oraz zatrudniony tam personel medyczny wskazują na to, iż placówka ta powinna podlegać kontroli konsultantom wojewódzkim w dziedzinie pediatrii oraz pielęgniarstwa pediatrycznego. Konsultant wojewódzki w dziedzinie pediatrii przeprowadził kontrolę w rzeczonej placówce, wskazując na kilka zastrzeżeń, jednakże wskazał przy tym, iż prowadzenie dokumentacji medycznej nie budzi już zastrzeżeń

w stopniu określonym przez kontrolę RPP. Została udoskonalona i spełnia wymogi rozporządzenia;

- 5) Rzecznik Praw Dziecka poinformował, że powołał zespół kontrolujący, który przeprowadził kontrole w rzeczony placówce pod kątem przestrzegania praw dziecka. W wyniku kontroli sformułowano 4 zalecenia pokontrolne, są to m.in. zaprzestanie przenoszenia podopiecznych do mniej komfortowych pomieszczeń w celu wynajmu uzyskanej przestrzeni na rzecz kolonii komercyjnych, zorganizowanie dzieciom rehabilitacji w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom technicznym i sanitarnym, umieszczenie informacji na temat Rzecznika Praw Dziecka oraz praw dziecka oraz to, że należy udostępniać sale terapeutyczne zgodnie z ich przeznaczeniem i prowadzić w nich zajęcia;
- 6) Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Białymstoku poinformowała, że Powiatowy Inspektor Sanitarny w Siemiatyczach przeprowadził w rzeczony placówce kontrolę sanitarną. Bieżący stan higieniczno-sanitarny w salach pacjentów i pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych był zachowany. Ponadto względem placówki prowadzone są postępowania administracyjne na podstawie wydanych w 2008 r. i 2010 r. oraz 2011 r. decyzji administracyjnych, których wykonywanie jest na bieżąco monitorowane przez podmiot kontrolujący.

IV Wojewódzki Ośrodek Leczenia Psychiatrycznego w Toruniu (woj. kujawsko-pomorskie)

1. Podstawy wszczęcia działań kontrolnych

Decyzja o zbadaniu sprawy na miejscu została podjęta w wyniku powzięcia przez Rzecznika informacji, iż w ww. podmiocie leczniczym pacjenci są angażowani (zmuszani) do udziału w trwającym proteście personelu Wojewódzkiego Ośrodka Lecznictwa Psychiatrycznego (wywieranie wpływu/nacisku na pacjentów przez personel w celu uzyskania od nich podpisu pod petycją). Mając na uwadze powyższe, w dniu 9 sierpnia 2011 r. zbadano sprawę na miejscu – celem weryfikacji powyższej informacji, w tym:

1. Przeprowadzono rozmowę z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego pełniącej funkcję w ww. podmiocie leczniczym, która przedstawiła przebieg zdarzeń dotyczących prowadzonej akcji protestacyjnej w ww. placówce,
2. Przeprowadzono rozmowę z Dyrektorem Wojewódzkiego Ośrodka Lecznictwa Psychiatrycznego w Toruniu,
3. W celu weryfikacji powyższego, przeprowadzono rozmowy z pacjentami oddziałów, zarówno tymi, którzy podpisali się na listach, jak i tymi, którzy nie podpisali list.

2. Opis stanu faktycznego

W wyniku przeprowadzonych rozmów ustalono, że żaden z pacjentów nie potwierdził, by ktokolwiek z personelu wywierał presję (nacisk), czy w jakiegokolwiek innej formie „zachęcał” do tego,

by włączali się w trwającą akcję protestacyjną. Również pacjenci, którzy nie podpisali ww. listy stwierdzili, że nie ponieśli żadnych konsekwencji.

Stwierdzono, iż w Wojewódzkim Ośrodku Lecznictwa Psychiatrycznego w Toruniu na dzień przeprowadzenia kontroli nie potwierdziły się informacje o angażowaniu (zmuszaniu) pacjentów w protest (wywieraniu wpływu/nacisku na pacjentów przez personel w celu uzyskania od nich podpisu pod petycją), tym samym nie stwierdzono naruszeń prawa pacjenta w przedmiotowym zakresie i w związku z niestwierdzeniem naruszenia praw pacjenta podczas przedmiotowej kontroli – odstąpiono od formułowania zaleceń pokontrolnych.

V Centrum Psychiatrii w Katowicach (woj. śląskie)

1. Podstawy wszczęcia działań kontrolnych

Działania kontrolne zostały przeprowadzone w związku z wpływającymi do Biura Rzecznika Praw Pacjenta niepokojącymi sygnałami przekazanymi przez Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego pełniącego swoją funkcję w Centrum Psychiatrii w Katowicach od dnia 6 października 2010 r. Czynności kontrolne zostały przeprowadzone w dniu 4–31 sierpnia 2011 r.

2. Zakres kontroli

Zakres kontroli obejmował sprawdzenie:

- a) sposobu dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego, zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego*,
- b) dostępu do świadczeń zdrowotnych, zgodnie z ustawą,
- c) prawem wyboru szpitala przez świadczeniobiorcę, zgodnie z *ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*.

Ponadto zakres kontroli dotyczył przestrzegania przepisów zawartych m.in. w:

- a) *ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*,
- b) *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*.

3. Stwierdzone nieprawidłowości

Na podstawie podjętych działań kontrolnych (zbadania sprawy na miejscu): stwierdzono:

1. Problem w dostępie upoważnionego pisemnie pracownika Biura Rzecznika Praw Pacjenta do dokumentów niezbędnych do prowadzenia czynności kontrolnych,
2. Brak przejrzystej, obiektywnej oraz opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń zdrowotnych. Brak listy pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego,

3. Nieprawidłowości w zakresie stosowania procedury przymusu bezpośredniego, m.in.:
 - a) nieprawidłowego sposobu dokumentowania ww. instytucji przymusu,
 - b) brak zakładania karty zastosowania przymusu bezpośredniego w wypadku pacjentów unieruchamianych na noc w celu zapobieżenia ich ewentualnemu upadkowi,
 - c) brak adnotacji o uprzedzeniu pacjenta, o zamiarze zastosowania przymusu bezpośredniego,
 - d) brak wpisów w dokumentacji potwierdzających krótkotrwałe uwolnienie pacjenta (co min. 4 godziny – zgodnie z § 14 *rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego*);
4. Brak wpisów lekarzy potwierdzających osobistym podpisem decyzję o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego,
5. W dokumentacji medycznej stwierdzono liczne wpisy świadczące o wprowadzeniu zasady rejonizacji uniemożliwiającej części pacjentom korzystanie z usług omawianej placówki – „wskazana hospitalizacja pacjenta zgodnie z rejonem (...) odesłanie zgodnie z rejonem do szpitala w Lublińcu.(...) Skierowany zgodnie z rejonem do Szpitala w Rybniku”;
6. Praktyka dokonywania wpisów o charakterze ogólnym uzasadniających zastosowanie przymusu bezpośredniego. W dokumentacji dominowały ogólne określenia, jak: agresja, autoagresja, pobudzenie psychoruchowe. Tym samym personel nie opisywał w sposób dokładny zachowania pacjenta. Zasadności i nadzoru nad stosowanym przymusem bezpośrednim wobec pacjenta (art. 18 *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*),
7. Niedbałe oraz nieczytelne prowadzenie dokumentacji medycznej np.
 - a) zszywanie dużej liczby dokumentów,
 - b) braki w dokumentach mówiących o przebiegu postępowania terapeutycznego danego pacjenta,
 - c) wyrywanie części dokumentów będących częścią całej historii choroby – wyraźne znaki po zszywaczu,
 - d) brak postanowień sądu odnoszących się do przymusowego przyjęcia pacjenta do Szpitala w oparciu o przepisy *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*.

4. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

Stwierdzono, iż w Centrum Psychiatrii doszło do naruszenia następujących praw pacjenta do:

1. Przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń – w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych (art. 6 ust. 2 ustawy).
2. Świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością (art. 8 ustawy).
3. Wyboru szpitala spośród szpitali, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 30 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*).

oraz stwierdzenie naruszenia przepisów prawa odnośnie do:

4. Zasadności i nadzoru nad stosowanym przymusem bezpośrednim wobec pacjenta (art. 18 *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*) oraz nieprawidłowego sposobu dokumentowania ww. instytucji przymusu.
5. Prowadzenia dokumentacji medycznej niezgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*.

5. Zalecenia pokontrolne

Rzecznik wystąpił do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

1. Zaniechanie działań ograniczających Rzecznikowi Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego wykonywania ustawowych zadań,
2. Zaniechanie praktyk polegających na odmawianiu przyjęcia pacjentów „spoza rejonu” i odsyłania ich do innych placówek w sytuacji, kiedy w Centrum Psychiatrii są wolne miejsca,
3. Zaniechanie praktyk polegających na odmawianiu przyjęcia z przyczyn innych niż brak wskazań do hospitalizacji lub brak miejsca w placówce,
4. Wprowadzenie w placówce listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego opartej o przejrzystą, obiektywną, opartą na kryteriach medycznych, procedurę ustalającą kolejność dostępu do świadczeń w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia świadczeń,
5. Wprowadzenie kontroli oceny zasadności stosowania środków przymusu bezpośredniego zgodnie z *ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego* oraz *rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego – z uwzględnieniem zawiadamiania kierownika zakładu o zastosowaniu przymusu bezpośredniego* (wg załącznika nr 2 do ww. rozporządzenia),
6. Wprowadzenie procedury przekazywania pisemnych informacji o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach, w przypadku odmowy przyjęcia do szpitala, zgodnie z *rozporządzeniem*

Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,

7. Przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego z zasad zastosowania przymusu bezpośredniego, zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego,*
8. Przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego z prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,*
9. Wprowadzenie procedury zapoznawania przez lekarza wyznaczonego do tych czynności osób przyjętych bez zgody z planowanym postępowaniem leczniczym i odnotowywanie tego w dokumentacji medycznej,
10. Wprowadzenie praktyki zasięgnięcia przez lekarza dyżurnego przy podejmowaniu decyzji o przyjęciu do szpitala pacjenta bez zgody w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa,
11. Wprowadzenie praktyki włączania kopii opinii biegłego, wystawianej na potrzeby postępowania przed sądem opiekuńczym w przedmiocie przyjęcia bez zgody, do dokumentacji medycznej pacjentów.

6. Wyniki działań podjętych przez Rzecznika

- 1) Dyrektor ww. podmiotu leczniczego zajął stanowisko odnośnie do stwierdzonych przez Rzecznika Praw Pacjenta nieprawidłowości oraz poinformował, iż:
 1. Zobowiązał się do eliminacji wszelkich nieprawidłowości dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej, w tym przeprowadzenie szkolenia e wskazanym zakresie,
 2. Przeprowadzono postępowanie wyjaśniające odnośnie do odmowy przyjęć z powodu braku wolnych miejsc w ww. podmiocie leczniczym,
 3. Wprowadzono kontrolę oceny zasadności stosowania środków przymusu bezpośredniego zgodnie z *ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego,*
 4. - z uwzględnieniem zawiadamiania kierownika zakładu o zastosowaniu przymusu bezpośredniego(wg załącznika nr 2 do ww. rozporządzenia),
 5. Zalecono lekarzom dyżurnym odnotowywanie udziału drugiego lekarza w podejmowaniu decyzji o przyjęciu pacjenta bez zgody,
 6. Zobowiązano się do skrupulatnego przestrzegania informowania pacjentów przyjętych bez zgody o przyczynach przyjęcia, planowanym postępowaniu leczniczym i przysługujących im prawach pacjenta;

- 2) Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Psychiatrii przeprowadził kontrolę w ww. podmiocie leczniczym i zalecił:
 1. Przestrzeganie maksymalnego czterogodzinnego okresu pomiędzy „zwolnieniami” pacjentów unieruchomionych w ramach zastosowania środka przymusu bezpośredniego,
 2. Datowanie momentu zatwierdzenia przez dyrektora szpitala zastosowania przymusu bezpośredniego,
 3. Dokładniejsze dokumentowanie konsultacji w Izbie Przyjęć,
 4. Dokumentowanie faktu zapoznania pacjentów przyjętych bez zgody z planem leczenia,
 5. Wydzielenie personelu odpowiedzialnego za pacjentów przebywających na salach w pobliżu izby Przyjęć – najlepiej poprzez stworzenie odpowiedniej struktury;
- 3) Prezes Sądu Okręgowego w Katowicach przesłała odpisy sprawozdań z kontroli w ww. podmiocie leczniczego, przeprowadzonych przez sędziego rodzinnego w latach 2009–2011;
- 4) Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadził kontrolę doraźną w ww. podmiocie leczniczym, w zakresie relacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień dla zakresu świadczenia psychiatryczne dla dorosłych w Oddziale Psychiatrycznym oraz odnośnie do prawidłowości prowadzenia kolejek oczekujących, przestrzegania prawa pacjenta do wyboru szpitala spośród szpitali, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz poprawności prowadzenia dokumentacji medycznej. W trakcie postępowania kontrolnego stwierdzono następujące nieprawidłowości:
 1. W zarządzeniu powołującym zespół oceny przyjęć świadczeniodawca nie określił trybu pracy zespołu oraz zawiesił działalność sprawozdawczą tego zespołu,
 2. Świadczeniodawca nie przedstawił zespołowi kontrolującemu zawiadomień o zastosowaniu przymusu bezpośredniego zgodnych z załącznikiem nr 2 do *rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego*,
 3. Świadczeniodawca nie przedstawił dokumentów potwierdzających przeprowadzenie szkolenia w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego,
 4. Księga główna przyjęć i wypisów nie była opatrzona numerem księgi, brakowało w niej zapisów o przedmiotach przekazanych do depozytu, adnotacji o miejscu dokąd pacjent został wypisany, informacji o ewentualnym pobraniu opłat za leczenie oraz danych identyfikujących lekarza wypisującego,
 5. Księga przyjęć chorych i odmów (w tym konsultacji wykonywanych w izbie przyjęć) nie wskazywano numeru księgi, zwykle nie zawierała daty odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala (ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie

24-godzinnym), rozpoznania ustalonego przez lekarza kierującego, istotnych danych z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego oraz wyników wykonanych badań diagnostycznych, ustalonego rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, udzielonych świadczeń zdrowotnych, adnotacji o braku zgody pacjenta na pobyt w szpitalu potwierdzonej jego podpisem albo podpisem jego przedstawiciela ustawowego, danych identyfikujących lekarza i jego podpisu,

6. W księdze przyjęć chorych i odmów odnotowywane były informacje o odsyłaniu pacjentów do innych szpitali tzw. „rejonowych” np. w Toszku, Rybniku, Sosnowcu,
7. Księga Raportów Lekarskich bez nazwy (tytułu księgi), wspólna dla 4 oddziałów, nie była opatrzona danymi identyfikującymi zakład, tj. nazwą zakładu albo komórki organizacyjnej i jej kodem identyfikacyjnym i nie zawierała numeru kolejnego wpisu. Nie wszystkie wpisy zawarte w księdze były czytelne i nie wszystkie wpisy opatrzone były danymi identyfikacyjnymi lekarza dokonującego wpisu (była parafa, brak pieczęci),
8. Księgi chorych oddziału nie były opatrzone numerem księgi i nie zawierały danych identyfikujących lekarza prowadzącego (I-IV), godziny wypisu, przeniesienia na inny oddział albo zgonu pacjenta (II, IV), godziny przyjęcia, rozpoznania wstępnego, adnotacji o miejscu, dokąd pacjent został wypisany oraz danych identyfikujących lekarza wypisującego (IV), co narusza zapisy odpowiednio § 23 i § 29 ww. rozporządzeń Ministra Zdrowia,
9. Księgi raportów pielęgniarских nie zawierały numeru kolejnego wpisu (I, II, III i IV), nie były opatrzone danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 6 ust. 1 pkt 1, nazwą oddziału albo komórki organizacyjnej i jej kodem identyfikacyjnym, określonym na podstawie odrębnych przepisów (II),
10. Historie choroby szpitala psychiatrycznego były opatrzone danymi identyfikacyjnymi Izby Przyjęć (w 100% kontrolowanych), a nie danymi Oddziału (komórki organizacyjnej), często brakowało także nr księgi oddziału (w 35% kontrolowanych). Historie choroby nie zawierały trybu przyjęcia, danych przedstawiciela ustawowego pacjenta, opiekuna lub innej osoby wskazanej przez pacjenta oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą albo pisemnego oświadczenia pacjenta o braku takiego upoważnienia; danych osoby upoważnionej przez pacjenta do otrzymywania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą; pisemnego oświadczenia pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku jego śmierci, ze wskazaniem osoby upoważnionej, albo pisemnego oświadczenia pacjenta o braku takiego upoważnienia;

11. Analiza zapisów zawartych w 123 skontrolowanych historiach choroby wykazała, że w 36 historiach (tj. 29,3%) zastosowany przymus bezpośredni w formie unieruchomienia z użyciem pasów nie był udokumentowany w karcie zastosowania unieruchomienia lub izolacji bądź brakowało opisu powodu zastosowania przymusu lub zastosowany przymus nie został zgłoszony w prowadzonym w Oddziale zeszyte,
12. W większości przypadków brakowało informacji o uprzedzeniu pacjenta, iż zostanie wobec niego zastosowany przymus bezpośredni,
13. We wszystkich kontrolowanych oddziałach nagminnie praktykowane było tzw. „zabezpieczenie chorego pasami przed upadkiem”, które stanowiło również formę przymusu w postaci unieruchomienia. Ta forma przymusu nie była odnotowywana (poza raportami pielęgniarскими) w sposób wskazany w rozporządzeniu. W wyniku podjętego postępowania kontrolnego skierowano do świadczeniodawcy wystąpienie pokontrolne, w którym:
 - a) wezwano świadczeniodawcę do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości,
 - b) nałożono karę umowną w wysokości 101 458,27 zł.

VI Zakład Opiekuńczo Lecznicy w Pińczowie (woj. świętokrzyskie)

1. Podstawy wszczęcia kontroli

Czynności kontrolne zostały przeprowadzone w dniu 14 sierpnia 2011 r. Decyzja o zbadaniu sprawy na miejscu w ww. podmiocie leczniczym została podjęta z uwagi na informacje co najmniej uprawdopodobniające naruszenie praw pacjenta, zgodnie z którymi, pacjenci leżą w mokrej, zanieczyszczonej pościeli. Posiłki i płyny podawane są nieregularnie lub w nienależytych ilościach. Ponadto: brak profilaktyki przeciwoleżynowej, brak zajęć rehabilitacyjnych oraz innych zajęć terapeutycznych. Działania kontrolne przeprowadzone w celu weryfikacji sygnałów w przedmiocie złej jakości opieki pielęgnacyjnej, ograniczonej dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz braku realizacji programów terapeutycznych.

2. Stwierdzone nieprawidłowości

W wyniku przeprowadzonych czynności kontrolnych w zakładzie opiekuńczo–leczniczym w Pińczowie nie stwierdzono naruszeń praw pacjenta w zakresie:

1. Jakości i sposobu sprawowania opieki nad pacjentami,
2. Dostępności do świadczeń zdrowotnych,
3. Realizacji programów terapeutycznych.

3. Zalecenia pokontrolne

Z uwagi na niewielkie uchybienia wystąpiono do Świadczeniodawcy z zaleceniami:

1. Zamieszczenie na terenie Zakładu informację o prawach pacjenta oraz o możliwościach kontaktu z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta,
2. Zamieszczenie w § 63 regulaminu porządkowego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Pińczowie danych adresowych Rzecznika Praw Pacjenta,
3. Uzupelnienie tablicy informacyjnej placówki o grafik dyżurów lekarskich,
4. Zabezpieczenie szafki na dokumentację medyczną pacjentów zamkiem uniemożliwiającym dostęp do dokumentacji osobom nieuprawnionym.

4. Wyniki podjętych przez Rzecznika działań

- 1) Dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej w Pińczowie poinformował, że:
 1. W bieżącym roku do placówki wpłynęła tylko jedna skarga dot. złej opieki w Zakładzie Opiekuńczo–Lecznicy w Pińczowie, a zawarte w niej zarzuty nie potwierdziły się,
 2. Każda uwaga dot. jakości świadczonych usług traktowana jest z należytą uwagą i starannością, a zgłoszone przez Rzecznika Praw Pacjenta uwagi zostaną przedstawione kierownictwu zakładu opiekuńczo–leczniczego z poleceniem zwrócenia szczególnej uwagi na opisane kwestie,
 3. Liczba pielęgniarek, rehabilitantów i lekarzy pracujących w rzeczony placówce jest zgodna z wymogami NFZ, a profilaktyka przeciwoleżynowa jest prowadzona,
 4. Na terenie obiektu zamieszczono informacje na temat praw pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta,
 5. Uzupelniono tablicę informacyjną placówki o grafik dyżurów lekarskich,
 6. Szafka z dokumentacją medyczną została zabezpieczona zamkiem uniemożliwiającym dostęp do tych dokumentów osobom nieuprawnionym;
- 2) Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w Kielcach, po przeprowadzeniu czynności sprawdzających dotyczących domniemanych naruszeń praw pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo–Lecznicy w Pińczowie, odmówił wszczęcia postępowania wyjaśniającego w tym zakresie ze względu na niepotwierdzenie domniemanych naruszeń,
- 3) Powiatowy Inspektor Nadzoru Budowlanego w Pińczowie przedstawił wyniki przeprowadzonej w Zakładzie Opiekuńczo–Lecznicy w Pińczowie kontroli w zakresie wymagań określanych przez prawo budowlane. Kontrola nie wykazała zaniedbań ze strony Zakładu Opiekuńczo–Lecznicy w Pińczowie w zakresie utrzymania obiektu budowlanego w odpowiednim stanie technicznym. Nadmieniono jednocześnie, że rzeczona placówka znajduje się pod stałym nadzorem właściwego organu nadzoru budowlanego, a kontrole są przeprowadzane regularnie.
- 4) Zastępca Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Kielcach poinformowała, że w wyniku przeprowadzonej w rzeczony placówce kontroli przez Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Busku-Zdroju nie stwierdzono naruszeń w zakresie stanu sanitarno-higienicznego zakładu.

Nie stwierdzono również nieprawidłowości w zakresie przyjęcia dostaw, magazynowania surowców, dystrybucji posiłków i dezynfekcji naczyń.

VII Klinika Psychiatrii i Stresu Bojowego Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Obrony Narodowej w Warszawie (woj. mazowieckie)

1. Podstawy wszczęcia działań kontrolnych

Działania kontrolne przeprowadzono w dn. 15 września 2011 r. Zakres kontroli obejmował przestrzeganie praw pacjenta określonych w art. 11 ustawy.

2. Opis stanu faktycznego

W wyniku przeprowadzonych czynności kontrolnych w Klinice Psychiatrii i Stresu Bojowego Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Obrony Narodowej w Warszawie stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji o prawach pacjenta określonych w ustawie (art. 11 ustawy).

3. Zalecenia pokontrolne

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z zaleceniem zamieszczenia na terenie części obserwacyjnej oddziału, w miejscu ogólnodostępnym, informacji o prawach pacjenta oraz informacji o możliwościach kontaktu z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta.

4. Wyniki działań podjętych przez Rzecznika

Komendant Centralnego Szpitala Klinicznego MON powiadomił Rzecznika o realizacji wszystkich zaleceń pokontrolnych, tj.: wywieszeniu informacji o prawach pacjenta i możliwościach kontaktu z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta na terenie części otwartej i rehabilitacyjnej oddziału całodobowego oraz w oddziale dziennym, a także na terenie poradni zdrowia psychicznego. Ponadto, dokonano sugerowanej zmiany funkcji osoby zajmującej się na terenie placówki ochroną praw pacjenta.

VIII Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego w Warszawie (woj. mazowieckie)

1. Podstawy wszczęcia działań kontrolnych

Działania kontrolne przeprowadzono w dn. 21 września 2011 r. Zakres kontroli obejmował przestrzeganie praw pacjenta określonych w art. 11 ustawy.

2. Opis stanu faktycznego

W wyniku przeprowadzonych czynności kontrolnych w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie nie stwierdzono

naruszeń praw pacjenta w zakresie dostępności informacji o prawach pacjenta. Stwierdzono natomiast błędny adres Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

3. Zalecenia pokontrolne

Dokonanie zmiany danych adresowych Biura Rzecznika Praw Pacjenta w Warszawie.

4. Wyniki działań podjętych przez Rzecznika

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpital Praski powiadomił Rzecznika o zmianie danych adresowych Biura Rzecznika Praw Pacjenta w Warszawie, w informacji zamieszczonej na terenie ww. podmiotu leczniczego.

IX Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Wolski im. dr A. Gostyńskiej w Warszawie (woj. mazowieckie)

1. Podstawy wszczęcia działań kontrolnych

Działania kontrolne przeprowadzono w dn. 15 września 2011 r. Zakres kontroli obejmował przestrzeganie praw pacjenta określonych w art. 11 ustawy.

2. Opis stanu faktycznego

W wyniku przeprowadzonych czynności kontrolnych w Szpitalu Wolskim im. dr A. Gostyńskiej Samodzielnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Warszawie nie stwierdzono naruszeń praw pacjenta w zakresie dostępności informacji o prawach pacjenta.

3. Zalecenia pokontrolne

W związku z niestwierdzeniem naruszenia praw pacjenta w rzeczonym zakresie, odstąpiono od formułowania zaleceń pokontrolnych.

X Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie, w dniu 22 września 2011 r.

1. Podstawy wszczęcia działań kontrolnych

Działania kontrolne przeprowadzono w dn. 22 września 2011 r. Zakres kontroli obejmował przestrzeganie praw pacjenta określonych w art. 11 ustawy.

2. Opis stanu faktycznego

W wyniku przeprowadzonych czynności kontrolnych w Centralnym Szpitalu Klinicznym MSWiA w Warszawie nie stwierdzono naruszeń praw pacjenta w zakresie dostępności do informacji o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

3. Zalecenia pokontrolne

W związku z niestwierdzeniem naruszenia praw pacjenta w rzeczonym zakresie, odstąpiono od formułowania zaleceń pokontrolnych.

XI Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny w Warszawie (woj. mazowieckie)

1. Podstawy wszczęcia działań kontrolnych

Działania kontrolne przeprowadzono w dn. 14 września 2011 r. Zakres kontroli obejmował przestrzeganie praw pacjenta określonych w art. 11 ustawy.

2. Opis stanu faktycznego

W wyniku przeprowadzonych czynności kontrolnych w Samodzielnym Publicznym Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Warszawie stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji o prawach pacjenta określonych w ustawie o prawach pacjenta oraz w przepisach odrębnych, z uwagi na ustalenie braku dostępności informacji o prawach pacjenta oraz możliwości kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta w miejscu ogólnodostępnym dla pacjenta na terenie Oddziału Klinicznego Psychiatrii.

3. Zalecenia pokontrolne

Umieszczenie na terenie Klinicznego Oddziału Psychiatrii, w miejscu ogólnodostępnym, informacji o prawach pacjenta oraz o możliwości kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta.

4. Wyniki działań podjętych przez Rzecznika

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Warszawie przekazał poinformował o zrealizowaniu zaleceń pokontrolnych.

XII Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Bielański im. Jerzego Popiełuszki w Warszawie (woj. mazowieckie)

1. Podstawy wszczęcia działań kontrolnych

Działania kontrolne przeprowadzono w dniu 15 września 2011 r. Zakres kontroli obejmował przestrzeganie praw pacjenta określonych w art. 11 ustawy.

2. Opis stanu faktycznego

W wyniku przeprowadzonych czynności kontrolnych nie stwierdzono naruszeń praw pacjenta w zakresie dostępności informacji o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

3. Zalecenia pokontrolne

W związku z niestwierdzeniem naruszenia praw pacjenta w rzeczonym zakresie, odstąpiono od formułowania zaleceń pokontrolnych.

XIII Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (woj. mazowieckie)

1. Podstawy wszczęcia działań kontrolnych

Działania kontrolne przeprowadzono w dn. 7 września 2011 r. Zakres kontroli obejmował przestrzeganie praw pacjenta określonych w art. 11 ustawy.

2. Opis stanu faktycznego

W wyniku przeprowadzonych czynności kontrolnych nie stwierdzono naruszeń praw pacjenta w zakresie dostępności informacji o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

3. Zalecenia pokontrolne

W związku z niestwierdzeniem naruszenia praw pacjenta w rzeczonym zakresie, odstąpiono od formułowania zaleceń pokontrolnych.

XIV Samodzielny Wojewódzki Publiczny Zespół Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. Barbary Borzym w Radomiu (woj. mazowieckie)

1. Podstawy wszczęcia działań kontrolnych

Działania kontrolne przeprowadzono na miejscu w dniach 14, 15, 16, 21 i 22 września 2011 r. Decyzję o zbadaniu sprawy na miejscu Rzecznik podjął w związku z napływającymi do Biura sygnałami dotyczącymi w szczególności naruszenia art. 8 ustawy oraz art. 10b ust. 4 pkt 1–3 *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*.

2. Zakres kontroli

Zakres kontroli obejmował przestrzeganie praw pacjenta określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych, w tym m.in.:

- a) *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej,*
- b) *rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego,*
- c) *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego,*

- d) *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,*
- e) *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,*
- f) *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,*
- g) *Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego.*

3. Stwierdzone nieprawidłowości

W wyniku przeprowadzonych działań kontrolnych stwierdzono:

1. Ograniczenia możliwości wykonywania ustawowych zadań przez Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (art. 10b ust. 4 pkt 1-4 *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*),
2. Nieprawidłowości w udokumentowaniu zastosowanego środka przymusu bezpośredniego wobec pacjenta. Brak wymaganej dokumentacji medycznej w przypadkach stosowania przymusu bezpośredniego innego niż unieruchomienie – znalazło potwierdzenie w relacji personelu pielęgniarskiego oraz kopii rejestru unieruchomień (§ 9 ust. 4 *rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego*),
3. Brak nadzoru nad sprawdzaniem kompletności historii choroby, przekazywanej do archiwum. Na podstawie uzyskanych informacji od pracowników Ruchu Chorych do archiwizowanej historii choroby nie załącza się kopii zawiadomień (załączniki do *rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 listopada 1995 r. regulujące szczegółowy sposób działania szpitala psychiatrycznego w sprawach przyjmowania oraz wypisywania ze szpitala psychiatrycznego*, Dz. U. Nr 150, poz. 736), postanowień sądu. Powyższe wskazuje, że pacjent wnoszący o wydanie z archiwum szpitala kopii dokumentacji medycznej, nie otrzymuje pełnej historii choroby;
4. Ograniczanie możliwości korzystania z łazienki (w ciągu dnia zamknięta, otwierana na noc). Z relacji pacjentów, kąpiel odbywa się tylko w wyznaczone dni tygodnia (poniedziałki, środy, piątki). Kilka osób wchodzi do łazienki, gdzie rozbiera się w obecności grupy,
5. Ograniczenie dostępu do pomieszczenia sanitarnego. Toalety otwierane są w godzinach wyznaczonych przez salowego. Praktyką jest głośny okrzyk salowego oznajmiający, iż pomieszczenie sanitarne jest udostępnione. Pacjenci twierdzą, że jeżeli ktoś z nich spóźni się, to nie ma możliwości załatwienia potrzeby fizjologicznej (wówczas korzystają z koszy na śmieci);

6. Zorganizowane angażowanie pacjentów w prace porządkowe i sanitarne na terenie oddziału (ujęto jako obowiązek – pkt 5 w regulaminie Oddziału Psychiatrycznego Dziecięco–Młodzieżowego zatwierdzonym przez dyrektora szpitala). Na zebraniach społeczności pacjenci zgłaszają się do pełnienia dyżurów porządkowych. Pomieszczenia wyznaczone do sprzątnięcia to: stołówka, sale terapeutyczne, szatnia, korytarze oraz pomieszczenia sanitarne (toalety, łazienki). W oddziale opracowywane są podawane do publicznej wiadomości – grafiki z podziałem miejsc do sprzątnięcia oraz ze wskazaniem pacjentów odpowiedzialnych za wyznaczone prace porządkowe. Ocena z wywiązywania się z powierzonych obowiązków jest prowadzona w zeszycie „Społeczność terapeutyczna”. Za niewypełnianie regulaminowego obowiązku pacjenci mają odejmowane punkty, co wiąże się z konsekwencją utraty przywileju – np. spaceru albo przepustki;
7. Nieprzestrzeganie zakazu palenia. W oddziałach nadal funkcjonują pomieszczenia wydzielone na palarnie. Zwrócono uwagę, iż na ww. praktykę zezwala § 14 ust 3 pkt b regulaminu porządkowego Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. Barbary Borzym w Radomiu, wprowadzony zarządzeniem nr 8a/2011 z dnia 10 marca 2011 r. Dyrektora ww. placówki,
8. Nieprawidłowości w sposobie prowadzenia Indywidualnej karty zleceń lekarskich, tj. niezgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*. Rejestrowane jest tylko przyjęcie zlecenia (podpis osoby przyjmującej zlecenie), brak podpisów osób wykonujących ww. zlecenie);
9. Brak programów terapeutycznych. Pacjenci nie mają wypełnionego wolnego czasu, bierność i nudę odczuwają szczególnie w godzinach popołudniowych i w dni świąteczne, wolne od pracy,
10. Raporty pielęgniarские nie są prowadzone w księgach raportów pielęgniarских,
11. Nieprawidłowy sposób przyjmowania zleceń lekarskich przez pielęgniarki. Nazwy leków przepisywane są z indywidualnych kart zleceń na kartki i umieszczone na tacy leków, z których następnie pielęgniarki rozkładają leki. Powyższa praktyka przeczy obowiązującemu standardowi oraz zaleceniom wydanym przez dr A. Hajduk, Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Psychiatrycznego.

4. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

W wyniku przeprowadzonych działań kontrolnych stwierdzono naruszenie praw pacjenta w zakresie:

1. 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 ustawy),

2. Prawa do kontaktu z osobą bliską, w tym do kontaktu telefonicznego (art. 21 ust. 1, art. 33 ustawy),
3. Prawa do kontaktu z Rzecznikiem (art. 10a ust. 4 pkt 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego),
4. Prawa do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia pacjenta oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych (art. 23 ust.1, art. 26 ust. 1 ustawy),
5. Prawa do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych (art. 20 ust. 1 ustawy),
6. Prawa do uczestniczenia w zajęciach rehabilitacyjnych (§ 3 *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 1995 r. w sprawie organizowania zajęć w szpitalach psychiatrycznych i nagradzania uczestników tych zajęć*),
7. Prawa do orzeczeń i zaświadczeń lekarskich wydawanych bezpłatnie, jeżeli są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także wydawanych dla celów pomocy społecznej lub uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego (art. 16 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*).

Do odrębnego postępowania wyłączono sprawy związane ze zbiorowym naruszeniem praw pacjenta (art. 59-62 *ustawy*), w zakresie:

1. Organizowania zajęć rehabilitacyjnych podporządkowanych celom gospodarczym szpitala,
2. Ograniczenia pacjentom możliwości kontaktowania się telefonicznie z innymi osobami,
3. Pobierania opłat za wydanie zaświadczeń, które na podstawie art. 16 ust 1 pkt 1 ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych* są wolne od opłat.

5. Zalecenia pokontrolne

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

1. Zaprzestanie działań, które uniemożliwiają Rzecznikowi Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego wykonywanie zadań ustawowych określonych w art. 10b ust. 4 pkt 1–4 *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*,
2. Zaniechanie stosowania zorganizowanych zajęć – sprzątanía pomieszczeń oddziału przez pacjentów,
3. Umożliwienie pacjentom korzystania z łazienki i pomieszczenia sanitarnego przez całą dobę,
4. Zaniechanie stosowania grupowych kąpieli,

5. Przeniesienie aparatu telefonicznego w miejsce, w którym pacjent będzie mógł rozmawiać z osobami bliskimi bez udziału osób trzecich,
6. Zniesienie limitów korzystania z kart telefonicznych,
7. Umożliwienie rozmów telefonicznych wszystkim pacjentom (bez dyskryminowania pacjentów ze schronisk, placówek wychowawczych, bądź innych podmiotów),
8. Zlikwidowanie wyznaczania godzin na możliwość kontaktowania się telefonicznego z osobami bliskimi,
9. Umożliwienie osobom bliskim odwiedzin na terenie oddziału,
10. Wyłączenie obecności personelu podczas wizyt osób bliskich u pacjentów,
11. Opracowanie i wdrożenie planu zajęć rehabilitacyjnych dla pacjentów (w tym również dla osób upośledzonych),
12. Zaniechanie pobierania opłat za wydawanie zaświadczeń lekarskich i zaświadczeń o pobycie w szpitalu,
13. Przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego z zakresu prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej*,
14. Przeprowadzenie szkolenia z zakresu dokumentowania środków przymusu bezpośredniego.
15. Odstąpienie od prowadzenia raportów pielęgniarских w zeszytach. Zgodnie z § 31 *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* wymagana jest księga raportów pielęgniarских,
16. Przeszkolenie personelu w zakresie obowiązujących procedur higieniczno-sanitarnych, obowiązujących standardów z zakresu reżimu sanitarnego, bezpieczeństwa BHP i ppoż,
17. Usunięcie z tablic informacyjnych wszelkich ogłoszeń, komunikatów niedatowanych, niepodpisanych, sprzecznych z obowiązującym prawem,
18. Wprowadzenie zakazu palenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
19. Zorganizowanie dla kadry zarządzającej oraz pozostałego personelu medycznego szkolenia z zakresu etyki zawodowej,
20. Przeprowadzenie szkolenia dla personelu pielęgniarского w zakresie czynności związanych z podstawowymi zasadami przygotowywania i podawania leków oraz dokumentowania wykonanego zlecenia,
21. Zorganizowanie dla kadry zarządzającej oraz pozostałego personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów ustawy o prawach pacjentów i Rzeczniku Praw Pacjentów,
22. Wystąpienie do Rzecznika Praw Dziecka (przekazanie protokołu oraz podjęcie działań zgodnie z kompetencjami).

6. Wyniki działań podjętych przez Rzecznika

- 1) Zastępca Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Radomiu poinformował, że w wyniku przeprowadzonej kontroli nie stwierdzono naruszeń w zakresie warunków higieniczno-sanitarnych,
- 2) Dyrektor kontrolowanej placówki poinformował, iż:
 1. Odstąpiono od stosowania ograniczeń w dostępie do łazienki, ale nie można ze względów bezpieczeństwa odstąpić od zamykania łazienek, zapewni się jednak dostęp do nich po zgłoszeniu potrzeby kąpieli pracownikowi oddziału,
 2. Odstąpiono od stosowania ograniczeń w dostępie do sanitariatów,
 3. Odstąpiono od angażowania pacjentów do prac porządkowych,
 4. Ograniczenia w użytkowaniu telefonów spowodowane były niebezpieczeństwem uszkodzenia przez pobudzonych pacjentów aparatu telefonicznego znajdującego się w miejscu dostępnym dla wszystkich pacjentów, jednakże mimo to planowane jest przeniesienie aparatu telefonicznego na korytarz,
 5. O spacerze grupowym lub indywidualnym decyduje ordynator oddziału na podstawie stanu somatycznego i psychicznego pacjenta, co jest uzasadnione zagrożeniem samowolnego oddalenia się pacjentów, co może zagrażać ich życiu i zdrowiu,
 6. Na oddziale odbywają się zajęcia społeczności terapeutycznej przynajmniej raz w tygodniu, a niejednokrotnie są prowadzone codziennie, w skład terapii wchodzi zajęcia artystyczne, ludoterapia, biblioterapia oraz zajęcia artystyczne,
 7. Zastosowano się do zaleceń kontrolujących w odniesieniu do przestrzegania zakazu palenia w placówkach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 8. Stopniowo wprowadzane będą nowe indywidualne karty zleceń lekarskich,
 9. Kopie orzeczeń oraz zawiadomień sądu opiekuńczego dot. przyjęcia pacjentów szpitala psychiatrycznego bez zgody będą kierowane do dokumentacji medycznej,
 10. Zlecono opracowanie i wdrożenie planu rehabilitacyjnego dla pacjentów,
 11. Szkolenia w zakresie wskazanym w protokole kontroli zostaną ponownie przeprowadzone,
 12. Zostanie zakupiona druga księga raportów pielęgniarskich;
- 3) Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Psychiatrii poinformował, że przesłane przez kierownictwo placówki wyjaśnienia do zaleceń pokontrolnych są w jego ocenie wystarczające i brak jest przesłanek do podejmowania dalszych czynności z jego strony,

- 4) Konsultant Krajowy w dziedzinie Psychiatrii Dzieci i Młodzieży poinformował, że przeprowadzona została przez niego kontrola rzeczowej placówki. Wnioski z ww. kontroli to:
1. Farmakoterapia leczonych na oddziale pacjentów z zaburzeniami zachowania budzi zastrzeżenia merytoryczne i prawne,
 2. Ograniczenia wolności na oddziale są sprzeczne z prawami pacjenta. Stwierdzono również niewłaściwe zastosowanie oraz nadużywanie przymusu bezpośredniego w formie izolacji,
 3. Stwierdzono liczne uchybienia formalne w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej.

Zalecenia jakie sformułowano w protokole kontroli to:

- a) zmiana oferty terapeutycznej oddziału poprzez jej dostosowanie do profilu i potrzeb pacjentów oraz doksztalcenie personelu w zakresie przepisów ustawy o zawodzie lekarza i o ochronie zdrowia psychicznego,
 - b) zaprzestanie stosowania izolacji wbrew przepisom,
 - c) zmiana wzorów i sposobu prowadzenia dokumentacji leczniczej oraz prowadzenie stałego nadzoru nad prawidłowością jej prowadzenia.
- 5) Marszałek Województwa Mazowieckiego (organ założycielski) poinformował, że na posiedzeniu zarządu województwa została przedstawiona „Informacja w sprawie zastrzeżeń zgłaszanych przez Rzecznika Praw Pacjenta do prawidłowości przestrzegania praw pacjenta w Samodzielnym Wojewódzkim Publicznym Zespole Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Radomiu”. Sprawa została ponadto omówiona z Konsultantami – Wojewódzkim i Krajowym w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. Dyrektora rzeczowej placówki zobowiązano, aby uwzględnił uwagi Konsultantów. Podmiot tworzący będzie stale monitorował działalność rzeczowej placówki, aby pod każdym względem spełniała wymogi stawiane lecniectwu psychiatrycznemu;
- 6) Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia poinformował, że przesłano protokół kontroli organowi założycielskiemu, a działania podjęte przez Rzecznika Praw Pacjenta w ich ocenie stanowią wystarczającą gwarancję realizacji zawartych w protokole pokontrolnym zaleceń, a tym samym przestrzegania praw osób cierpiących na zaburzenia psychiczne.

XV Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych "Dziekanka" im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie (woj. wielkopolskie)

1. Podstawa wszczęcia działań kontrolnych

Działania kontrolne przeprowadzono w dniach 19 – 21 października 2011 r. W związku z napływającymi do Rzecznika Praw Pacjenta niepokojącymi sygnałami Rzecznik podjął decyzję

o zbadaniu sprawy na miejscu. Napływające sygnały dotyczyły w szczególności naruszenia art. 8 ustawy oraz ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

2. Zakres kontroli

Zakres kontroli obejmował przestrzeganie praw pacjenta określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych, w tym m.in.:

- a) *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego,*
- b) *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,*
- c) *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,*
- d) *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej,*
- e) *rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego,*
- f) *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.*

3. Stwierdzone nieprawidłowości

W wyniku przeprowadzonych działań kontrolnych w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” w Gnieźnie, stwierdzono:

1. Zły stan pomieszczeń sanitarnych (brudne, niedomyte miski ustępowe, brak dozowników na mydło w płynie oraz ręczników jednokrotnego użytku),
2. Brak dostępu do terenów rekreacyjnych (dotyczy Oddziału XXII),
3. Nieetyczne i pogardliwe zwracanie się do pacjentów przez personel Oddziału XIII,
4. Ograniczony dostęp do lekarza prowadzącego, możliwość uzyskiwania informacji wyłącznie podczas obchodów lekarskich, w obecności innych pacjentów (dotyczy Oddziału XIII),
5. Zamieszczenie nieaktualnych informacji na temat możliwości kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta; informacje te zostały zaktualizowane jeszcze w czasie wykonywania działań kontrolnych,
6. Wprowadzenie ograniczeń odwiedzin dla osób poniżej 14 r. ż. w Oddziale Dziecięco Młodzieżowym.

4. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

Mając na uwadze powyższe, stwierdzono naruszenia następujących praw pacjenta do:

1. Świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym (art. 8 ustawy),
2. Poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 20 ust. 1 ustawy).

oraz doszło do naruszenia przepisów rozporządzenia, w zakresie:

3. Uczestniczenia w zajęciach rehabilitacyjnych (§ 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 1995 r. w sprawie organizowania zajęć w szpitalach psychiatrycznych i nagradzania uczestników tych zajęć).
4. Dokumentowania zastosowanego środka przymusu bezpośredniego wobec pacjenta (rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego).

Do oddzielnego postępowania wyłączono stwierdzone praktyki organizowania prac pacjentów, które były podporządkowane gospodarczym celom szpitala (art. 59 ust. 1 ustawy).

5. Zalecenia pokontrolne

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

1. Zaniechanie stosowania zorganizowanych prac – sprzątania pomieszczeń Oddziału przez pacjentów,
2. Umożliwienie osobom bliskim odwiedzin na terenie oddziału, w tym osobom poniżej 14 r. ż.,
3. Usunięcie z tablic informacyjnych wszelkich ogłoszeń, komunikatów niedatowanych, niepodpisanych, sprzecznych z obowiązującymi przepisami prawa,
4. Opracowanie i wdrożenie programu terapii zajęciowej,
5. Umożliwienie pacjentom korzystania ze spacerów,
6. Zorganizowanie dostępu do terenu przeznaczonego na cele terapeutyczno–rekreacyjne,
7. Przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego z zakresu prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,
8. Przeprowadzenie szkolenia dla personelu pielęgniarstwa w zakresie czynności związanych z podstawowymi zasadami przygotowywania i podawania leków oraz dokumentowania wykonanego zlecenia,
9. Zorganizowanie dla personelu medycznego i pomocniczego szkolenia z zakresu etyki zawodowej,
10. Przeprowadzenie szkolenia z zakresu stosowania oraz dokumentowania środków przymusu bezpośredniego,

11. Zaniechanie praktyki pozostawiania przy łózkach pasów przeznaczonych do unieruchomienia,
12. Zapewnienie małoletnim pacjentom wystarczającej ilości posiłków,
13. Przeszkolenie personelu w zakresie obowiązujących procedur higieniczno-sanitarnych, obowiązujących standardów z zakresu reżimu sanitarnego, bezpieczeństwa BHP i ppoż,
14. Zorganizowanie dla Kadry zarządzającej oraz pozostałego personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów ustawy.

6. Wyniki działań podjętych przez Rzecznika

- 1) Dyrektor ww. podmiotu leczniczego poinformowała o wdrożeniu następujących zaleceń:
 1. Uczestnictwo pacjentów w zajęciach terapeutycznych jest nagradzane (poprzez m.in.: dyplomy, wyjścia do teatru, pochwały) w celu ich zaktywizowania,
 2. Umożliwienie odwiedzin dzieciom poniżej 14 r. ż.,
 3. Uaktualnienie komunikatów na tablicach ogłoszeń,
 4. Opracowanie i wdrożenie programu terapii zajęciowej,
 5. Wprowadzenie spacerów dla pacjentów (za zgodą ordynatora),
 6. Udostępnienie terenu przeznaczonego na cele terapeutyczno–rekreacyjne dla pacjentów,
 7. Zaktualizowanie danych kontaktowych do Rzecznika Praw Pacjenta na tablicach ogłoszeń,
 8. Pouczenie pielęgniarki o konieczności składania wpisów karcie stosowania przymusu bezpośredniego po wykonaniu czynności, a nie wcześniej,
 9. Zakończenie remontu i tym samym, uporanie się z nadmiernym zagęszczeniem pacjentów w oddziale dla przewlekle chorych,
 10. Zapewnienie o systematycznie prowadzonych szkoleniach w przedmiocie prowadzenia dokumentacji medycznej oraz stosowania przymusu bezpośredniego,
 11. Uwzględnienie uwag Rzecznika Praw Pacjenta odnośnie do pasów na stałe przypiętych do łóżek chorych,
 12. Zorganizowanie szkolenia dla personelu medycznego z zakresu przepisów ustawy,
 13. Zmieniono regulaminy oddziałów, w tym regulamin Oddziału Dziecięco-Młodzieżowego, w którym wprowadzono postulowane zmiany godzin wydawania posiłków;
- 2) Marszałek Województwa Wielkopolskiego poinformował, iż planuje przeprowadzenie kontroli w ww. podmiocie leczniczym o wynikach której poinformuje Rzecznika Praw Pacjenta;

- 3) Wojewódzki Inspektor Sanitarny poinformował, iż po zapoznaniu się z protokołem z kontroli sanitarnej przeprowadzonej w dniu 16 stycznia 2012 r. w przedmiotowym szpitalu zarządził:
1. Wyposażenie pomieszczeń higieniczno-sanitarnych dla pacjentów w dozowniki z mydłem w płynie, pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemniki na zużyte ręczniki,
 2. Doprowadzić do prawidłowego stanu sanitarno-higienicznego muszle ustępowe oraz powierzchnie rur odpływowych od umywalek,
 3. Wymienić jedną z uszkodzonych umywalek oraz uszkodzone, zagrzybione uszczelnienia silikonowe przy brodziku w łazience;
- 4) Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Psychiatrycznego poinformowała o zleceniu działań kontrolnych w zakresie kompetencji Konsultantowi Wojewódzkiemu w Dziedzinie Pielęgniarstwa Psychiatrycznego. W grudniu 2011 r. Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Psychiatrycznego poinformował o przeprowadzonej przez Konsultanta Wojewódzkiego kontroli, w czasie której stwierdzono usunięcie uchybień wskazanych przez Rzecznika. Konsultant zalecił ponadto zmianę regulaminu wprowadzającego ograniczenia odwiedzin dla osób poniżej 14 r. ż. oraz zasugerował wprowadzenie zapisu o wyrażeniu zgody opiekuna prawnego na odwiedziny innych osób. Konsultant wskazał ponadto zasadność zmiany wydawania posiłków wieczornych z 17:00-17:30 na 18:30-19:00;
- 5) Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Psychiatrii stwierdził brak podstaw do przeprowadzenia kontroli w związku z działaniami kontrolnymi podjętymi przez Rzecznika Praw Pacjenta;
- 6) Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował o zaniechaniu wszczęcia działań kontrolnych, uzasadniając, że stanowiłyby powtórzenie działań Rzecznika. Dyrektor WOW NFZ zobowiązał Dyrektora szpitala w Gnieźnie do bieżącego informowania o wdrażanych zaleceniach i na podstawie otrzymanych informacji podejmie decyzję o dalszych krokach;
- 7) Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Psychiatrii Dzieci i Młodzieży poinformował o wynikach kontroli przeprowadzonej w 2010 r. oraz o planowanej na dzień 18 listopada 2011 r. kontroli w Oddziale Dziecięco-Młodzieżowym. W listopadzie 2011 r. Konsultant poinformował o przeprowadzonej kontroli, w której dokonał oceny angażowania pacjentów do prac porządkowych. Na podstawie przeprowadzonych działań, Konsultant określił, że prace pacjentów podporządkowane są celom terapeutycznym i nie noszą znamion naruszenia zbiorowych praw pacjenta, ponieważ oparte są na zasadzie dobrowolności i nie realizują celów gospodarczych szpitala.

Odrębne postępowanie w sprawie praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjenta zostało umorzone po zbadaniu sprawy przez Konsultanta Wojewódzkiego, który wykluczył podporządkowanie prac pacjentów celom gospodarczym szpitala.

XVI Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. St. Kryzana w Starogardzie Gdańskim (woj. pomorskie)

1. Podstawy wszczęcia działań kontrolnych

Działania kontrolne przeprowadzono w dniach 9 – 13 maja oraz 11 – 13 października 2011 r. W związku z napływającymi do Rzecznika Praw Pacjenta niepokojącymi sygnałami, Rzecznik podjął decyzję o zbadaniu sprawy na miejscu. Napływające sygnały dotyczyły w szczególności naruszenia art. 8 i art. 20 ustawy oraz przepisów *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*.

2. Zakres kontroli

Zakres kontroli obejmował przestrzeganie praw pacjenta określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych, w tym m.in.:

- a) *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego,*
- b) *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,*
- c) *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,*
- d) *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej,*
- e) *rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego,*
- f) *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających.*

3. Stwierdzone nieprawidłowości

Kontrolę w ww. podmiocie leczniczym przeprowadzono w następujących Oddziałach: XIII Oddziale Psychiatrycznym dla Młodzieży, XXIV Oddziale Oddziału Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Dorosłych.

W wyniku przeprowadzonych działań kontrolnych stwierdzono, iż w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. St. Kryzana w Starogardzie Gdańskim, stwierdzono:

1. Wprowadzenie ograniczeń odwiedzin do określonych godzin i dni.
2. Odbieranie odzieży osobistej, „reżim łózkowy” (dotyczy Oddziału XII A).
3. Ograniczony dostęp do informacji na temat proponowanych metod leczniczych w oddziale XIIA oraz informacji na temat rozpoznania i rokowania.
4. Brak środków higienicznych (mydła, papieru toaletowego itp.).
5. Brak możliwości zmiany obuwia na nieprzemakające.
6. Nieprawidłowości w zakresie sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej w związku z zastosowaniem środka przymusu bezpośredniego tj.:
 - a) brak wpisów o uprzedzeniu pacjenta przed zastosowaniem środka przymusu bezpośredniego,
 - b) brak wpisów uzasadniających zastosowanie bądź przedłużenie zastosowania środka przymusu bezpośredniego lub też lakoniczność wpisów niepozwalająca na ocenę zasadności zastosowanego środka przymusu (np. „pobudzenie psychoruchowe, napięty”),
 - c) brak godzin i dat przy zleceniu przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia.
7. Nieprawidłowości w sposobie prowadzenia i przetwarzania dokumentacji medycznej, tj.:
 - a) stosowanie w kartach obserwacyjnych klamer spinających kilkugodzinne okresy obserwacji pacjenta, wobec którego zastosowano przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia – powyższa praktyka uniemożliwia określenie, czy rzezczone obserwacje były dokonywane osobiście oraz czy rzeczywiście prowadzone były nie rzadziej niż co 15 minut,
 - b) brak wpisu o wyniku konsultacji neurologicznej,
 - c) brak wpisu o zmianie proponowanego leczenia.

4. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

Mając na uwadze powyższe, stwierdzono naruszenie praw pacjenta do:

1. Intymności i poszanowania godności osobistej w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 20 ustawy),
2. Świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorzady zawodów medycznych (art. 8 ustawy),

3. Informacji o swoim stanie zdrowia. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, 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 ustawy).

oraz naruszenia przepisów prawa w zakresie:

4. Zasadności i nadzoru nad stosowanym przymusem bezpośrednim wobec pacjenta oraz sposobu dokumentowania ww. instytucji przymusu (art. 18 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego),
5. Prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Do odrębnego postępowania wyłączono sprawy związane z organizowaniem zajęć podporządkowanych celom gospodarczym szpitala, co stanowi naruszenie zbiorowych praw pacjenta (art. 59 ustawy).

5. Zalecenia pokontrolne

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

1. Wprowadzenie kontroli oceny zasadności stosowania środków przymusu bezpośredniego, z uwzględnieniem zawiadomienia kierownika zakładu o zastosowaniu przymusu bezpośredniego (wg załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego),
2. Przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego z zasad zastosowania przymusu bezpośredniego oraz sposobu jego dokumentowania,
3. Przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego z zakresu prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,
4. Dostosowanie warunków bytowych do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.
5. Zaniechanie stosowania „reżimu łóżkowego”,
6. Zaopatrzenie pacjentów w środki higieny osobistej,
7. Zapewnienie pacjentom możliwości zmiany obuwia,
8. Zaniechanie angażowania pacjentów w prace porządkowe na terenie placówki,
9. Zwiększenie liczby personelu w Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Dorosłych zgodnie z wymaganiem określonym w rozporządzeniu

Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających,

10. Zmiana regulaminu Oddziału Psychiatrycznego dla Młodzieży tak, aby nie naruszał obowiązujących przepisów prawa.

6. Wyniki działań podjętych przez Rzecznika

- 1) Dyrektor ww. podmiotu leczniczego poinformował, iż:
 1. Opracowano nową wersję regulaminu Oddziału regulującego zasady funkcjonowania i pracy terapeutycznej (regulamin ten będzie poddawany kolejnym modyfikacjom),
 2. Opracowano zasady aktywizacji pacjentów,
 3. W ramach społeczności terapeutycznej, podjęto uchwałę dotyczącą zasad aktywizacji pacjentów, harmonogramu dziennego i metod motywowania pacjentów do udziału w terapii,
 4. Na bieżąco kontroluje się zasadności zlecenia i zastosowania przymusu bezpośredniego (w tym prowadzenie dokumentacji medycznej dotyczącej powyższego),
 5. Zorganizowano spotkanie dyrekcji szpitala z lekarzami odnośnie do stosowania przymusu bezpośredniego,
 6. Przeprowadzono szkolenie w zakresie przestrzegania praw pacjenta;
- 2) Marszałek Województwa Pomorskiego poinformował, iż w związku ze stwierdzonymi przez Rzecznika Praw Pacjenta nieprawidłowościami przeprowadzono postępowanie wyjaśniające. O wynikach przeprowadzonego postępowania oraz informacji odnośnie do wdrożonych przez Dyрекcję Szpitala działań, poinformowano Rzecznika. Ponadto zapewniono o objęciu placówki stałym monitoringiem oraz oceną przez Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego;
- 3) Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Psychiatrii poinformował, iż zgodnie z kompetencjami omówił z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa ww. podmiotu leczniczego zalecenia pokontrolne i przeprowadził wizytację Szpitala;
- 4) Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformowała, iż ww. podmiot leczniczy spełnia warunki zawartych umów na świadczenia psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Niemniej, z uwagi na stwierdzone przez Rzecznika Praw Pacjenta nieprawidłowości, Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ rozważy ponowne przeprowadzenie kontroli w tej placówce, a także będzie stale monitorował sytuację w Szpitalu, w tym doniesienia i skargi.

XVII Wojewódzkie Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim (woj. dolnośląskie)

1. Podstawy wszczęcia działań kontrolnych

Działania kontrolne przeprowadzono w dn. 22 listopada 2011 r. Decyzję o zbadaniu sprawy na miejscu Rzecznik podjął na podstawie napływających sygnałów dotyczących w szczególności domniemanego naruszenia art. 6 ust. 1, art. 8 ustawy oraz *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*.

2. Zakres kontroli

Zakres kontroli obejmował przestrzeganie praw pacjenta określonych w ustawie oraz przepisów odrębnych, w tym m.in.:

- a) *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego,*
- b) *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,*
- c) *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,*
- d) *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej,*
- e) *rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego.*

3. Stwierdzone nieprawidłowości

W wyniku przeprowadzonych działań kontrolnych w Wojewódzkim Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim stwierdzono:

1. Niedostateczne zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom hospitalizowanym (niski stan zatrudnienia w stosunku do liczby hospitalizowanych),
2. Niedostosowanie pomieszczeń do potrzeb osób niepełnosprawnych lub zniepełniających (brak poręczy w toaletach, brak windy w pawilonach), skutkujące częstymi upadkami i zdarzeniami niepożądanymi; w dniu kontroli pacjenci przebywający na pierwszym piętrze budynku byli pozbawieni opieki personelu pielęgniarstwa,
3. Liczne ubytki powierzchni ścian, braki w glazurze, niedostosowane do wymogów powierzchnie sal chorych, ustawienie łóżek chorych uniemożliwiające wyprowadzenie ich z sal,
4. Nieprawidłowości w sposobie prowadzenia dokumentacji medycznej, tj. wypełnienie przez rehabilitanta dokumentacji świadczącej o wykonaniu świadczeń do końca miesiąca,

5. Nieprawidłowe dokumentowanie zastosowanego środka przymusu bezpośredniego (*rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego*), w zakresie m.in:
 - a) braku adnotacji o krótkotrwałym zwolnieniu od unieruchomienia w okresach czterogodzinnych,
 - b) braku adnotacji o przyczynach zastosowania środka przymusu,
 - c) braku adnotacji o przyczynach przedłużenia stosowania środka przymusu bezpośredniego.

4. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

Mając na uwadze powyższe, stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do:

1. Świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej oraz udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. (...) (art. 6 i art. 8 zd. 1 ustawy),
2. Poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych (art. 20 ust. 1 ustawy).

oraz naruszenie obowiązujących przepisów prawa, w zakresie:

3. Zapewnienia warunków bytowych (*rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia zakładu opieki zdrowotnej*),
4. Sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej (*rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*),
5. Dokumentowania zastosowanego środka przymusu bezpośredniego wobec pacjenta (*rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego*).

5. Zalecenia pokontrolne

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do Świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

1. Dostosowanie pomieszczeń do wymagań uregulowanych w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*,
2. Podjęcie natychmiastowych i skutecznych działań zmierzających do poprawy bezpieczeństwa pacjentów (w tym przebywającym na górnych kondygnacjach zakładów) poprzez zapewnienie odpowiedniej obsady personelu,

3. Zaangażowanie personelu w organizację planu dnia pacjentów,
4. Opracowanie i udostępnienie regulaminu rozpatrywania wniosków/skarg pacjentów,
5. Udostępnienie pacjentom jadłospisu,
6. Przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego z zakresu prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,
7. Przeprowadzenie szkolenia dla personelu pielęgniarskiego w zakresie czynności związanych z podstawowymi zasadami przygotowywania i podawania leków oraz dokumentowania wykonanego zlecenia,
8. Przeszkolenie personelu w zakresie obowiązujących procedur higieniczno-sanitarnych, obowiązujących standardów z zakresu reżimu sanitarnego, bezpieczeństwa BHP i ppoż.,
9. Przeprowadzenie szkolenia personelu z zakresu przepisów ustawy i ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego ze szczególnym uwzględnieniem stosowania przymusu bezpośredniego (w tym sposobu jego dokumentowania).

6. Wyniki działań podjętych przez Rzecznika

- 1) Dyrektor ww. podmiotu leczniczego poinformował, że:
 1. Odnośnie do dostosowania pomieszczeń do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczeniai urządzenia zakładu opieki zdrowotnej realizowana jest inwestycja budowlana „Budowa/modernizacja infrastruktury budynków ZOL”, finansowana przez władze Województwa Dolnośląskiego, tym samym do 31 grudnia 2016 r. wszystkie pomieszczenia placówki będą spełniały wymagania określone w powyższych przepisach – w II kwartale 2012 r. zostanie ukończony pierwszy etap inwestycji i do nowych budynków zostanie przeniesionych ok. 120 pacjentów;
 2. Podjęto czynności dyscyplinarne względem rehabilitanta, który autoryzował w dokumentacji medycznej pacjentów niewykonane zabiegi rehabilitacyjne,
 3. Wszystkie błędy popełnione w prowadzeniu dokumentacji medycznej są weryfikowane przez zastępcę dyrektora ds. medycznych,
 4. Opracowywane zostaną plany zajęć rehabilitacyjnych,
 5. Przeprowadzono szkolenie z zakresu prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,
 6. Przeprowadzono szkolenia dla personelu w zakresie zasad przygotowywania i podawania leków oraz dokumentowania wykonanego zlecenia (zgodnie z zaleceniami konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego),

7. Przeprowadzono szkolenia dla personelu w zakresie obowiązujących procedur higieniczno-sanitarnych, obowiązujących standardów z zakresu reżimu sanitarnego, bezpieczeństwa BHP i ppoż.,
 8. Zaplanowano przeprowadzenie szkoleń z zakresu przepisów ustawy i *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego ze szczególnym uwzględnieniem stosowania przymusu bezpośredniego (w tym sposobu jego dokumentowania)* – odbywać się będą dwa razy w roku;
- 2) Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Psychiatrii poinformowała, iż:
1. W trakcie kontroli przeprowadzonej w kwietniu 2010 r. stwierdziła podobne nieprawidłowości, o czym poinformowała Dolnośląski Urząd Marszałkowski oraz Dolnośląski Urząd Wojewódzki, a także Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia,
 2. Sprawuje nadzór zgodny z kompetencjami nad ww. podmiotem leczniczym tj. opiniuje i zgłasza nieprawidłowości właściwym podmiotom,
 3. Zaplanowała kolejną kontrolę w ww. podmiocie leczniczym (planowany termin – marzec 2012 r.) o wynikach której poinformuje Rzecznika Praw Pacjenta,
 4. Zwróciła się do Dyrektora ww. podmiotu leczniczego o wskazanie terminu usunięcia nieprawidłowości w zakresie wskazanym w protokole pokontrolnym Rzecznika Praw Pacjenta;
- 3) Wojewódzki Inspektor Nadzoru Budowlanego poinformował o wynikach kontroli przeprowadzonej w dniu 21 czerwca 2011 r. przez Powiatowego Inspektora Nadzoru Budowlanego w ww. podmiocie leczniczym, w trakcie której:
- a) nie stwierdzono zagrożeń, które uniemożliwiłyby użytkowanie obiektu,
 - b) stwierdzono liczne usterki stanu technicznego (popękana glazura; wyeksploatowana wykładzina podłogowa; usterki stolarki drzwiowej i okiennej; ubytki tynku i odpryskująca farba),
 - c) stwierdzono nieprzystosowanie obiektu dla osób niepełnosprawnych;
- 4) Marszałek Województwa Dolnośląskiego poinformował, iż:
1. Uchwałą nr XXXIV/553/08 Sejmiku Województwa Dolnośląskiego z dnia 30 grudnia 2008 r. oraz zapisów Wieloletniego Programu Inwestycyjnego dla Województwa Dolnośląskiego przewidziano dofinansowanie z budżetu Województwa Dolnośląskiego kosztów realizacji „Budowa/modernizacja infrastruktury budynków ZOL”,
 2. Zwrócono się do Dyrektora ww. podmiotu leczniczego o usunięcie nieprawidłowości, w zakresie wskazanym w protokole pokontrolnym Rzecznika Praw Pacjenta;
- 5) Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny, poinformował, że:
1. Dolnośląski Państwowy Wojewódzki Inspektorat Sanitarny podjął działania nadzorcze i w związku z tym, w dniu 3 lutego 2012 r., Państwowy Powiatowy Inspektorat

Sanitarny w Kłodzku przeprowadził kontrolę w ww. podmiocie leczniczym. O wynikach niniejszej kontroli poinformowano Rzecznika Praw Pacjenta,

2. W związku ze stwierdzonymi podczas ww. kontroli nieprawidłowościami, w dniu 9 lutego 2012 r. wszczęto postępowanie administracyjne wobec ww. podmiotu leczniczego i wydano decyzję nr NS-EP-430-3/KD/12 z terminem usunięcia niezgodności I grupy do dnia 31 grudnia 2016 r. oraz usunięcia niezgodności II grupy w terminie do 31 grudnia 2012 r,
3. W dniu 3 lutego 2012 r. Państwowy Powiatowy Inspektorat Sanitarny w Kłodzku przeprowadził kontrolę żywienia w ww. podmiocie leczniczym o wynikach której poinformowano Rzecznika Praw Pacjenta oraz oświadczano, iż jakość żywienia będzie nadzorowana przez ww. Inspektorat.

XVIII Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Branicach (woj. opolskie)

1. Podstawy wszczęcia działań kontrolnych

W związku z napływającymi niepokojącymi sygnałami, w dniu 23 listopada 2011 r. zbadano sprawę na miejscu. Napływające sygnały dotyczyły w szczególności naruszenia art. 8 ustawy.

2. Zakres kontroli

Zakres kontroli obejmował przestrzeganie praw pacjenta określonych w oraz przepisów odrębnych, w tym m.in.:

- a) *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej,*
- b) *ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55, z późn. zm.) w nawiązaniu do ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263, z późn. zm.),*
- c) *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających,*
- d) *rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego,*
- e) *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego,*
- f) *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,*

- g) *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,*
- h) *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,*
- i) *rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego.*

3. Stwierdzone nieprawidłowości

W wyniku przeprowadzonych działań kontrolnych pozytywnie oceniono realizację obowiązków nałożonych na Świadczeniodawcę. Stwierdzono jedynie nieznaczne nieprawidłowości tj. brak opracowania w Regionalnym Ośrodku Psychiatrii Sądowej w Branicach indywidualnych programów zajęć rehabilitacyjnych, co stanowi naruszenie § 3 *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.*

4. Zalecenia pokontrolne

W związku ze stwierdzeniem nieznacznych uchybień, Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

1. Opracowanie indywidualnych programów zajęć rehabilitacyjnych, uwzględniających indywidualne problemy i deficyty pacjentów,
2. Uaktualnienie *karty praw i obowiązków pacjenta w ROPS Branice*, w tym wykazanie praw pacjenta określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.*

5. Działania podjęte przez Rzecznika

Z uwagi na wątpliwość, w związku z informacją przekazaną przez pacjentów jednego z Zespołów Rehabilitacyjno-Leczniczych Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Branicach tj. poddaniu się pacjenta obowiązkowej kąpieli po każdorazowym odbyciu wizyty osób bliskich (jako forma przeszukania) Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Psychiatrii z prośbą o opinię (zajęcie stanowiska) w powyżej wskazanym zakresie, w celu dokonania oceny, czy opisana praktyka personelu Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Branicach nie narusza prawa pacjenta do intymności i godności określonego w art. 20 ust. 1 ustawy.

Z uwagi na bark odniesienia się do przedmiotu sprawy w powyższej opinii, zwrócono się o zajęcie stanowiska w rzeczonyj sprawie do Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Psychiatrii.

Na podstawie opinii Konsultanta Krajowego w dziedzinie Psychiatrii, (zgodnie z którą podniesione przez Rzecznika wątpliwości Konsultant uznał za zasadne - *„obowiązkowa kąpiel jest w takich*

przypadkach nadinterpretacją zaleceń dotyczących bezpieczeństwa”) wystąpiono do Dyrektora ww. podmiotu leczniczego o rozważenie zmiany zasad *Instrukcji postępowania przy odwiedzinach pacjentów i osób przebywających na obserwacji* odnośnie do powyższego.

6. Wyniki działań podjętych przez Rzecznika

Na podstawie wystąpienia Rzecznika, Dyrektor Regionalnego Ośrodka Psychiatrii Sądowej w Branicach poinformował o zaprzestaniu stosowania ww. praktyk oraz o wykreśleniu zapisu o obowiązkowej kąpieli z *Instrukcji*.

XIX Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach (woj. opolskie).

1. Podstawa wszczęcia działań kontrolnych

Działania kontrolne podjęto w dn. 24 listopada 2011 r. W związku z napływającymi do Rzecznika Praw Pacjenta, podjęto decyzję o zbadaniu spraw na miejscu. Napływające sygnały dotyczyły w szczególności naruszenia art. 8 ustawy oraz ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o *ochronie zdrowia psychicznego*.

2. Zakres kontroli

Zakres kontroli obejmował przestrzeganie praw pacjenta określonych w ustawie oraz przepisów odrębnych, w tym m.in.:

- a) *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego,*
- b) *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,*
- c) *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,*
- d) *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej,*
- e) *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,*
- f) *rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 listopada 1995 r. regulującego szczegółowy sposób działania szpitala psychiatrycznego w sprawach przyjmowania oraz wypisywania ze szpitala psychiatrycznego.*

3. Stwierdzone nieprawidłowości

W wyniku przeprowadzonych działań kontrolnych w Samodzielnym Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Brak identyfikatorów u personelu (art. 36 pkt 1 *ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej*, zgodnie z którym, osoby zatrudnione w szpitalu oraz pozostające w stosunku cywilnoprawnym z podmiotem leczniczym, którego przedsiębiorstwem jest szpital, są obowiązane nosić w widocznym miejscu identyfikator zawierający imię i nazwisko oraz funkcję tej osoby);
2. Pacjenci uczestniczą w pracach porządkowych (art. 15. *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego* stanowi, iż zajęcia rehabilitacyjne prowadzone w szpitalach psychiatrycznych i w domach pomocy społecznej nie mogą być podporządkowane celom gospodarczym);
3. Brak systemu nagradzania uczestników zajęć terapeutycznych, zgodnego z § 6 ust. 1 – 3 *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*;
4. Separatka w Oddziale Psychiatrii Ogólnej „B” nie spełnia wymagań określonych w Załączniku nr 1 część X ust. 6 pkt 2 ppkt e do *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*.

4. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

Mając na uwadze powyższe stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do:

1. Świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym (...) (art. 8 ustawy),
2. Poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 20 ust. 1 ustawy).

5. Zalecenia pokontrolne

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

1. Wprowadzenie obowiązku noszenia przez personel szpitala imiennych identyfikatorów,
2. Zaniechanie angażowania pacjentów w wykonywanie prac porządkowych należących do obowiązków personelu,

3. Opracowanie i wdrożenie systemu nagradzania aktywnie uczestniczących w zajęciach rehabilitacyjnych,
4. Dostosowanie pomieszczenia separatki do wymagań określonych w obowiązujących przepisach prawa,
5. Zorganizowanie dla personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów ustawy.

6. Wyniki działań podjętych przez Rzecznika

- 1) Dyrektor podmiotu leczniczego poinformował, że:
 1. Wykonano identyfikatory osobiste dla wszystkich pracowników oraz zobowiązano ich do stałego i codziennego używania identyfikatorów,
 2. Przeprowadzono rozmowę z kierownikami wszystkich oddziałów odnośnie zakazu angażowania pacjentów do wykonywania prac porządkowych należących do obowiązku personelu,
 3. Opracowano i wdrożono regulamin nagród pieniężnych dla pacjentów aktywnie uczestniczących w zajęciach rehabilitacyjnych, a w oddziale psychiatrii sądowej leczenia uzależnień wprowadzono regulamin nagród niepieniężnych,
 4. Z chwilą uzyskania zgody na modernizację, separatka zostanie dostosowana do wymagań określonych w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*,
 5. Przeprowadzono szkolenie personelu w zakresie przepisów ustawy i zapewniono o kontynuowaniu takich szkoleń;
- 2) Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Psychiatrii poinformował, iż osobiście odbył rozmowę z Dyrektorem ww. podmiotu leczniczego, w tym przekazał uwagi i zalecenia odnośnie wprowadzenia działań naprawczych w zakresie wskazanym w protokole pokontrolnym Rzecznika Praw Pacjenta.

XX Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego sp. z o.o. we Wrocławiu (woj. dolnośląskie)

1. Podstawy wszczęcia działań kontrolnych

Kontrola została przeprowadzona wspólnie z Ministerstwem Zdrowia, w związku z niepokojącymi doniesieniami napływającymi do Rzecznika Praw Pacjenta odnośnie do domniemanego niewłaściwie sprawowanego nadzoru i opieki nad pacjentami oraz wątpliwości w przedmiocie realizacji obowiązku zapewnienia bezpieczeństwa osobom hospitalizowanym. Czynności kontrolne przeprowadzono w dniach 23 – 24 listopada 2011 r.

2. Zakres kontroli

Ministerstwo Zdrowia oraz Rzecznik Praw Pacjenta przeprowadziło kontrolę w zakresie spełniania przez podmiot leczniczy wymogów określonych w:

- a) *ustawie,*
- b) *ustawie z dnia 30 sierpnia 1990 r. o zakładach opieki zdrowotnej,*
- c) *ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego,*
- d) *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej,*
- e) *rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego.*

3. Stwierdzone nieprawidłowości

Na podstawie podjętych działań kontrolnych stwierdzono:

1. Niedostateczne zapewnienie intymności i prywatności w czasie korzystania z pomieszczeń sanitarnych (przezroczyste szyby w kabinach prysznicowych),
2. Brak mydła w dozownikach oraz ręczników jednorazowego użytku,
3. Zły stan techniczny pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia (odrapane ściany, odpadające tynki),
4. Nieprawidłowości w sposobie prowadzenia dokumentacji medycznej, tj.:
 - a) brak wpisów o uprzedzeniu pacjenta o zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego,
 - b) brak wpisów potwierdzających zasadność zastosowania środka przymusu bezpośredniego,
 - c) brak adnotacji o krótkotrwałym zwolnieniu z unieruchomienia, nie rzadziej niż co 4 godziny,
 - d) brak adnotacji o powrocie pacjenta z przepustki.

4. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

Mając na uwadze powyższe, stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do:

1. Poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 20 ustawy),
2. Świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym (art. 8 ustawy),

oraz naruszenie przepisów dotyczących:

3. Zapewnienia odpowiednich warunków bytowych (*rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*),
4. Stosowania przymusu bezpośredniego oraz sposobu jego dokumentowania (art. 18 *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*),
5. Prowadzenia dokumentacji medycznej.

5. Zalecenia pokontrolne

Rzecznik wraz z Ministerstwem Zdrowia wystąpili do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

1. Dostosowania pomieszczeń do wymagań uregulowanych w rozporządzeniu *Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia zakładu opieki zdrowotnej*,
2. Opracowanie i wdrożenie procedury postępowania w przypadku wystąpienia zdarzeń niepożądanych,
3. Opracowanie i umieszczenie informacji dot. odwiedzin pacjentów,
4. Oznakowanie sal i łóżek pacjentów na oddziałach w sposób umożliwiający ich identyfikację z poszanowaniem przepisów *ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych*,
5. Zaangażowanie personelu medycznego w organizację i wypełnienie czasu wolnego dla pacjentów,
6. Zapewnienie środków higieny osobistej,
7. Przeprowadzenie szkolenia personelu medycznego z zakresu sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami prawa, z zasad zastosowania przymusu bezpośredniego oraz z zakresu przepisów *ustawy i ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*.
8. Wyposażenie personelu w identyfikatory,
9. Prowadzenie przez pielęgniarki dokumentacji pacjenta w formie notatki z całodziennych obserwacji,
10. Podpisywanie raportów pielęgniarskich codziennie przez pielęgniarkę oddziałową,
11. Przestrzeganie poniżej wymienionych zasad:
 - a) zalecenia lekarskie wpisuje się do indywidualnej karty zleceń,
 - b) wyłącznie pielęgniarka przygotowująca leki podaje je pacjentowi, autoryzując każdorazowo podpisem w indywidualnej karcie zleceń lekarskich,
 - c) niedopuszczalne jest przepisywanie zleceń na karteczki umieszczone na tacy z lekami,

- d) na ww. karteczkach umieszcza się wyłącznie imię i nazwisko pacjenta oraz nr sali, w której przebywa,
- e) przygotowując leki pielęgniarka powinna dochować szczególnej staranności trzykrotnie sprawdzając zgodność zleceń z podawanym lekiem, jego dawką i częstotliwością podawania,
- f) codzienne zapoznawanie się z raportem pielęgniarskim przez osobę odpowiedzialną za pracę personelu medycznego.

6. Wyniki działań przeprowadzonych przez Rzecznika

- 1) Dyrektor placówki poinformował, że:
 - 1. Odnośnie do dostosowania pomieszczeń do wymagań uregulowanych w przepisach zostało zainicjowane postępowanie zespoleńcze przed Wojewódzkim Konserwatorem Zabytków (budynek placówki jest zabytkowy). Przewidywana data uzyskania zezwolenia na przeprowadzenie renowacji szacowana jest na koniec czerwca 2012 r. Dodatkowo zamontowano alarm przeciwpożarowy oraz oświetlenie ewakuacyjne.
 - 2. Zmieniono Regulamin Porządkowy placówki, w celu wprowadzenia procedur postępowania w przypadku zdarzeń niepożądanych.
 - 3. Zmieniono i ujednolicono przepisy dotyczące odwiedzin pacjentów, które dostępne są w każdym oddziale.
 - 4. Identyfikacja sal i łóżek pacjentów zostanie zrealizowana do 30 czerwca 2012 r.
 - 5. Zakupiono nowe zestawy testów psychologicznych oraz wprowadzono limity niezbędnej ilości środków finansowych na poszczególne oddziały celem zakupu materiałów do prowadzenia zajęć terapeutycznych.
 - 6. Przedstawiciele kancelarii radcy prawnego przeprowadzili kompleksowe szkolenie dla personelu medycznego w zakresie praw pacjenta, ochrony zdrowia psychicznego, odpowiedzialności zawodowej oraz zastosowania przymusu bezpośredniego.
 - 7. Wyposażono personel w identyfikatory oraz zobowiązano do ich noszenia.
 - 8. Zalecenia dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej zostały wzięte pod uwagę i wprowadzone w życie.
- 2) Wojewódzki Inspektor Sanitarny poinformował, że w Dolnośląskim Centrum Zdrowia Psychicznego została przeprowadzona kontrola zgodnie z kompetencjami nadzorczymi. W wyniku przeprowadzonej kontroli stwierdzono:
 - a) znaczne ubytki w stolarce okiennej oraz znaczne nieszczelności okien (Placówka poinformowała, że prowadzone jest postępowanie zezwoleniowe przez konserwatora zabytków w zakresie renowacji),
 - b) wystające i łatwo dostępne kable elektryczne, które zostały niezwłocznie usunięte,

- c) brak okna w gabinecie zabiegowym zostanie uzupełniony w czasie planowanej renowacji,
 - d) ubytki w płytkach ceramicznych zobowiązano się uzupełnić,
 - e) braki w bieliźnie dla pacjentów zostały niezwłocznie uzupełnione.
- 3) Wojewódzki Inspektor Nadzoru Budowlanego zobowiązał Powiatowego Inspektora Nadzoru Budowlanego dla miasta Wrocławia do przeprowadzenia kontroli w ww. placówce. Na podstawie przeprowadzonych oględzin stwierdzono, że Świadczeniodawca usunął większość uchybień wskazanych w protokole kontroli, natomiast nieusunięte uchybienia nie mają wpływu na życie i zdrowie pacjentów oraz personelu.

XXI Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy (woj. świętokrzyskie)

1. Podstawa wszczęcia działań kontrolnych

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dn. 28–30 listopada 2011 r. Decyzję o zbadaniu sprawy na miejscu, Rzecznik Praw Pacjent podjął z uwagi na wpływające informacje w przedmiocie domniemanych naruszeń praw pacjenta w Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy, w tym występowania „zdarzeń niepożądanych”, tj. jeden z pacjentów ww. oddziału wyskoczył przez okno sali szpitalnej usytuowanej na pierwszym piętrze budynku Centrum. Działania zostały przeprowadzone w związku z podejrzeniem 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).

2. Zakres kontroli

Zakres kontroli obejmował przestrzeganie praw pacjenta określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych, w tym m.in.:

- a) *ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego,*
- b) *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,*
- c) *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,*
- d) *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.*

3. Stwierdzone nieprawidłowości

W wyniku przeprowadzonych działań stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Zamki umieszczone w klamkach okiennych nie są wystarczającym zabezpieczeniem przed niekontrolowanym otwieraniem okien przez pacjentów,
2. Drzwi jednoosobowej sali, w której przebywał pacjent, są zaopatrzone w okienko obserwacyjne, zgodnie z regulacją zawartą w pkt 6 ppkt 2 rozdziału X załącznika nr 1 do *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*,
3. Nierzetelnie (niestarannie) prowadzenie dokumentacji medycznej - ze względu na nieczytelne jej fragmenty. Zastrzeżenia dotyczą głównie wpisów karcie obserwacji lekarskich oraz karcie ordynacyjnej. Powyższe narusza przepis § 4 ust. 1 *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*,
4. W historii choroby brakuje kserokopii dokumentacji medycznej z okresu pobytu pacjenta w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Szpitala w Kielcach. (§15 ust. 4 pkt 1 i 3 ww. rozporządzenia). W karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego odnotowano, że pacjent w wskazanym oddziale przebywał z powodu m.in. urazów złamania kości ramiennej lewej, kości podudzia prawego, kości promiennej lewej. Oryginały dokumentacji z leczenia pacjenta w ww. Oddziale zostały wydane córce pacjenta. Powyższe potwierdza adnotacja: „dokumentację medyczną + karty informacyjne zabrała córka”,
5. Nie zabezpieczono kserokopii dokumentacji otrzymanej z Oddziału Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej Szpitala w Kielcach (§ 78 ust. 2 cyt. rozporządzenia).

4. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

W związku z powyższym, stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do:

1. 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);
2. sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej (art. 24 ust. 1 ustawy).

5. Zalecenia pokontrolne

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do Świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

1. Zabezpieczenie okien w sposób uniemożliwiający otwieranie ich przez pacjentów przy pomocy przedmiotów innych niż oryginalne klucze,
2. Dostosowanie pomieszczeń Oddziału (w tym separatki) do wymagań określonych w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*,

3. Zwiększenie nadzoru nad pacjentami będącymi w ostrych stanach psychiatrycznych, w tym również z zespołami zaburzenia świadomości (delirijny, zamroczeniowy) oraz z zespołami otępiennymi z dezorientacją,
4. Przeszkolenie personelu medycznego w zakresie sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej pacjentów zgodnie z przepisami ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

6. Wyniki działań podjętych przez Rzecznika

- 1) Dyrektor ww. podmiotu leczniczego poinformował o wdrożeniu następujących zaleceń:
 1. Zamówiono zaślepki, które zostaną założone w dolnych kwaterach okien zaś klamki zostaną zdjęte – zabezpieczenie okien,
 2. Zapewniono o planach modernizacyjnych przewidzianych na 2014 r. celem dostosowania pomieszczeń Oddziału (w tym separatki) do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej,
 3. Przeprowadzono audyt wewnętrzny dotyczący procedur ISO opieki lekarskiej, pielęgniarskiej nad pacjentami szpitala, szczególnie dotyczące pacjentów, wobec których są stosowane środki przymusu bezpośredniego,
 4. Przeprowadzono szkolenie dla personelu medycznego w zakresie sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej pacjentów zgodnie z przepisami ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;
- 2) Marszałek Województwa Świętokrzyskiego monitoruje działania mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości.

XXII Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Mazowieckie Centrum Neurorehabilitacji i Psychiatrii w Zagórz – filia w Józefowie: Oddział Psychiatrii Dziecięcej Nr 1 Szpital w Józefowie (woj. mazowieckie)

1. Podstawa wszczęcia działań kontrolnych

W związku z wpłynięciem do Rzecznika Praw Pacjenta niepokojącym sygnale, w dniu 23 listopada 2011 r. zbadano sprawę na miejscu. Sygnał dotyczył w szczególności naruszenia art. 8 ustawy – w szczególności w zakresie ewentualnego nienależytego sprawowanego nadzoru nad dziećmi oraz braku zajęć terapeutycznych w Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci Nr 1 Szpital w Józefowie.

2. Zakres kontroli

Zakres kontroli obejmował przestrzeganie praw pacjenta określonych oraz w przepisach odrębnych, w tym m.in.:

- a) *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,*
- b) *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.*

3. Stwierdzone nieprawidłowości

W wyniku przeprowadzonych działań pozytywnie oceniono realizację obowiązków nałożonych na Świadczeniodawcę. Stwierdzono jedynie incydentalne uchybienie – usytuowanie aparatu telefonicznego na korytarzu poza Oddziałem.

4. Zalecenia pokontrolne

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do Świadczeniodawcy o rozważenie możliwości przeniesienia aparatu telefonicznego na teren Oddziału.

PODSUMOWANIE

Podstawa prawna działań podejmowanych przez Rzecznika Praw Pacjenta

Wszystkie działania, mające na celu zbadanie sprawy na miejscu, Rzecznik Praw Pacjenta podejmował na podstawie art. 52 ust. 2 pkt 1 ustawy.

Rzecznika Praw Pacjenta, w wyniku przeprowadzonych czynności kontrolnych (zbadania sprawy na miejscu), podejmował następujące działania:

1. Kierował wystąpienia do Świadczeniodawców, u których stwierdzono naruszenie praw pacjenta, z informacją o wynikach pokontrolnych oraz nakazaniem wdrożenia niezbędnych działań naprawczych (na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 2 i 4 ustawy);
2. Kierował wystąpienia do Świadczeniodawców, u których nie stwierdzono naruszenia praw pacjenta, z informacją o wynikach pokontrolnych;
3. Kierował wystąpienia do organów założycielskich, z informacją o wynikach pokontrolnych oraz z prośbą o podjęcie działań zgodnych z kompetencjami;
4. Kierował wystąpienia do Konsultantów Wojewódzkich lub Krajowych w danych dziedzinach medycyny, z informacją o wynikach pokontrolnych oraz z prośbą o podjęcie działań zgodnych z kompetencjami;

5. Kierował wystąpienia do Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia z informacją o wynikach pokontrolnych oraz z prośbą o podjęcie działań zgodnych z kompetencjami;
6. Kierował wystąpienia do podmiotów właściwych, w zakresie stwierdzonych nieprawidłowości, tj. m.in.:
 - a) Powiatowego Inspektora Nadzoru Budowlanego,
 - b) Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego,
 - c) Prezesa Sądu Okręgowego,
 - d) Najwyższej Izby Kontroli, z informacją o wynikach pokontrolnych oraz z prośbą o podjęcie działań zgodnych z kompetencjami;
7. W przypadkach stwierdzenia naruszenia praw pacjenta określonych w oraz przepisach odrębnych w oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, Rzecznik Praw Pacjenta występował do Rzecznika Praw Dziecka z informacją o wynikach pokontrolnych oraz z prośbą o podjęcie działań zgodnych z kompetencjami;
8. W uzasadnionych przypadkach, Rzecznik Praw Pacjenta występował do właściwej jednostki prokuratury, z zawiadomieniem o podejrzeniu popełnienia przestępstwa.

Szczegółowe wyniki działań w obszarze bezpieczeństwa sanitarnego, warunków technicznych obiektów budowlanych oraz bezpieczeństwa przeciwpożarowego szpitali psychiatrycznych i oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych.

I. Wyniki działań w obszarze bezpieczeństwa sanitarnego:

1. **Stan sanitarno – techniczny** – najczęstszymi naruszeniami były:
 - a) nieprawidłowy i niewłaściwy stan techniczny ścian i sufitów (odpryski powłok malarskich na ścianach i sufitach w salach chorych i ciągach komunikacyjnych),
 - b) zagrzybienie na ścianach i sufitach w pomieszczeniach sanitarnych (brak zainstalowanej wentylacji mechanicznej nawiewno-wywiewnej),
 - c) nieprawidłowy stan techniczny stolarki drzwiowej i okiennej,
 - d) skorodowane instalacje centralnego ogrzewania,
 - e) zły stan techniczny węzłów sanitarnych,
 - f) zniszczona glazura (ubytki płytek ściennych i podłogowych),
 - g) brak zmywalnych podłóg w części pokoi łóżkowych (podłogi z ubytkami płytek PCV, wyeksploatowane wykładziny podłogowe z podklejanymi listwami przypodłogowymi lub ich brakiem w salach chorych),
 - h) nieprawidłowy stan techniczny sprzętu meblowego, tj. łóżek, szafek przyłóżkowych (ubytki okleiny i tapicerki na meblach),
 - i) brak wyposażenia typu szafki, regały do przechowywania odzieży, obuwia pacjentów w oddziałach,
 - j) zniszczona tapicerka na fotelach do pobrania krwi, materace łóżkowe „nasiąkliwe” (nie można ich myć i dezynfekować),
 - k) odpryski farby na metalowych częściach wyposażenia medycznego (skorodowane stelaże do kroplówek),
 - l) brak dostępu z trzech stron do łóżek (nadmierne zagęszczenie w pokojach łóżkowych),
 - m) brak prawidłowo zorganizowanych pomieszczeń porządkowych i brudowników.

2. **Stan higieniczny** – najczęstszymi naruszeniami były:
 - a) niewłaściwy stan ścian i sufitów w pomieszczeniach higieniczno – sanitarnych oraz magazynie środków czystościowych, magazynie gospodarczym, szatni, ciągach komunikacyjnych,
 - b) brak procedury postępowania z odpadami medycznymi,
 - c) brak miejsca przeznaczonego do dezynfekcji, mycia i przechowywania środków transportu wewnętrznego odpadów medycznych,

- d) uszkodzone mechanizmy pedałowe w koszach na odpady komunalne,
- e) niewłaściwy stan urządzeń sanitarnych,
- f) niewłaściwe warunki przechowywania odzieży własnej i roboczej personelu (brak szafek na odzież wierzchnią i roboczą),
- g) brak znaku ostrzegawczego informującego o istniejącym narażeniu na szkodliwe czynniki biologiczne oraz zagrożeniu chemicznym w miejscach przechowywania substancji chemicznych w tym środków biobójczych do dezynfekcji,
- h) brak obuwia roboczego,
- i) brak rejestru prac i pracowników narażonych na działanie substancji szkodliwych, preparatów czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym oraz narażonych na działanie szkodliwych czynników biologicznych,
- j) brak wentylacji mechanicznej w pomieszczeniu do przygotowywania roztworów środków do dezynfekcji, niedopełnienie obowiązku przeprowadzenia badań i pomiarów czynników szkodliwych w środowisku pracy,
- k) nieodpowiedni stan sanitarny pomieszczenia szatni,
- l) brak lub prowadzenie niezgodnie z wymogami obowiązujących przepisów dokumentacji oceny ryzyka zawodowego,
- m) ubytki fug przy brodzikach, muszle klozetowe i baterie prysznicowe pokryte rdzą,
- n) zagrzybione sufity i ściany z odpryskami farby w łazienkach,
- o) pomieszczenia nieprzystosowane dla osób niepełnosprawnych.

3. **Stan żywieniowy** – najczęstszymi naruszeniami były:

- a) brak w kuchenkach zlewozmywaka do mycia i dezynfekcji sprzętu służącego do porcjowania i wydawania posiłków z doprowadzoną wodą bieżącą zimną i ciepłą,
- b) niewłaściwy stan sanitarno- techniczny ścian i sufitów w pomieszczeniach obróbki wstępnej mięsa oraz w pomieszczeniu chłodni,
- c) zniszczone wykładziny podłogowe,
- d) brak siatek przeciw owadom w kuchenkach oddziałowych,
- e) niewłaściwy stan techniczny mebli kuchennych,
- f) niewłaściwy stan ścian i stolarki okiennej w kuchenkach oddziałowych (odpadająca farba ze ścian i sufitów),
- g) zapleśniałe silikonowe uszczelnienia armatury sanitarnej, fug między kafelkami,
- h) niesprawną i brudną z nalotami pleśni wentylacja,
- i) brak wystarczającej ilości zamykanych pojemników do przewozu posiłków,
- j) zniszczone suszarki do naczyń i regały w magazynach (trudne do utrzymania w czystości),
- k) zalegający w kuchenkach zbędny sprzęt,

- l) uszkodzona powierzchnia lakiernicza wewnątrz wind transportowych w kuchenkach,
- m) zniszczone z ubytkami powierzchnie posadzek w magazynach,
- n) zniszczone powierzchnie szafek w punktach wydawania i spożywania posiłków,
- o) skorodowane obudowy wyparzaczy w kuchenkach oddziałowych,
- p) brak informacji o tym, że personel przeszedł szkolenia w zakresie higieny żywności oraz z zakresu *Systemu Analizy Zagrożeń i Krytycznych Punktów Kontroli* (dalej: system *HACCP*), odpowiedniego do jego charakteru pracy,
- q) brak opracowanego systemu *HACCP* w zakresie adekwatnym do prowadzonej działalności,
- r) brak zabezpieczenia przed wtórnym zanieczyszczeniem porcjowanych w punkcie dystrybucji posiłków i transportowanych do miejsca spożywania przez pacjentów,
- s) brak opracowanej, wdrożonej i stosowanej procedury zabezpieczenia i wycofywania z obrotu partii żywności i nieodpowiadających wymaganiom jakości zdrowotnej,
- t) brak instrukcji mycia i dezynfekcji kuchenek.

Z protokołu otrzymanego od Głównego Inspektora Sanitarnego wynika, iż:

- a) w województwie łódzkim kontroli poddano oddziały psychiatryczne w 9 placówkach leczniczych: w 5 z nich stwierdzono zastrzeżenia do stanu sanitarno-technicznego, w 3 na placówki zostały nałożone decyzje administracyjne nakazujące usunięcie stwierdzonych z przepisami prawa, w 1 przypadku za niewłaściwy stan sanitarno-higieniczny nałożono mandat karny,
- b) w województwie zachodniopomorskim skontrolowano 17 oddziałów psychiatrycznych, wobec 3 wydano decyzje administracyjne wraz z określonym terminem usunięcia nieprawidłowości w stanie technicznym, w 2 placówkach na podstawie kontroli wszczęto postępowanie administracyjne, mające ustalić termin i zakres działań naprawczych,
- c) w województwie dolnośląskim kontrolą objęto 8 szpitali psychiatrycznych i 66 oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych. W odniesieniu do 2 obiektów toczy się postępowanie administracyjne w związku ze stwierdzonym złym stanem sanitarno-technicznym. W jednym obiekcie zastano kompleksową modernizację pomieszczeń,
- d) w województwie świętokrzyskim skontrolowano 1 szpital psychiatryczny i 5 oddziałów psychiatrycznych w 2 szpitalach ogólnych. W odniesieniu do nieprawidłowości w dwóch obiektach nałożono mandaty karne. Toczy się ponadto 5 postępowań administracyjnych w zakresie ustalonych nieprawidłowości sanitarno-technicznych,
- e) w województwie kujawsko-pomorskim kontroli poddano wszystkie placówki udzielające świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień.

Nie stwierdzono istotnych zaniedbań. Problematyczny w większości placówek był stan techniczny budynków i pomieszczeń,

- f) w województwie podkarpackim skontrolowano 2 szpitale psychiatryczne oraz 8 oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych. W większości oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych stan techniczny pomieszczeń i ich wyposażenia wymaga poprawy. Wszczęto odpowiednie postępowania administracyjne w tym zakresie. Nie nałożono kar w postaci mandatów karnych,
- g) w województwie wielkopolskim skontrolowano 11 placówek leczniczych (w tym 3 zakłady opiekuńczo-lecznicze). Na podstawie przeprowadzonych kontroli wszczęto 3 postępowania administracyjne, a wobec 5 wyegzekwowano poprawę stanu technicznego budynków i pomieszczeń poprzez wydanie 5 decyzji administracyjnych,
- h) w województwie śląskim skontrolowano 5 szpitali psychiatrycznych oraz 19 oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych. Analiza wyników kontroli wykazała, że w 7 oddziałach nie stwierdzono jakichkolwiek nieprawidłowości. W pozostałych placówkach ujawniono nieprawidłowości, przede wszystkim w stanie technicznym sal chorych,
- i) w województwie lubelskim kontroli poddano 3 szpitale psychiatryczne oraz 6 szpitali ogólnych (w sumie 41 oddziałów o profilu psychiatrycznym). Stan sanitarno-techniczny większości kontrolowanych podmiotów jest niezadowolający,
- j) w województwie opolskim zlokalizowane są 3 placówki psychiatryczne oraz 2 szpitale ogólne posiadające oddziały psychiatryczne. Kontrole ujawniły nieprawidłowości we wszystkich placówkach, w jednym przypadku nałożono mandat karny,
- k) w województwie mazowieckim przeprowadzono kontrole w 26 placówkach (w sumie skontrolowano 110 oddziałów o profilu psychiatrycznym). W 4 placówkach trwają remonty. Wydano 7 decyzji administracyjnych, mających na celu wyegzekwowanie poprawy stanu technicznego, stworzono programy dostosowania placówek do stanu wymaganego przez przepisy prawa,
- l) w województwie warmińsko-mazurskim kontrolą objęto 3 szpitale psychiatryczne oraz oddziały psychiatryczne w 5 szpitalach ogólnych. Nieprawidłowości w zakresie przeciwepidemicznym nie stwierdzono jedynie w jednym szpitalu. Wszystkie placówki wymagają renowacji,
- m) w województwie małopolskim skontrolowano 2 szpitale psychiatryczne (25 oddziałów) oraz 18 oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych. Stan sanitarny budził zastrzeżenia w 10 z 18 kontrolowanych oddziałów w szpitalach ogólnych. Wydano szereg decyzji administracyjnych, realizacja których jest systematycznie monitorowana,

- n) w województwie pomorskim przeprowadzono 15 doraźnych kontroli w obiektach szpitalnych. Nieprawidłowości są bardzo zróżnicowane w odniesieniu do konkretnych placówek (w kilku z nich przeprowadzono gruntowną renowację),
- o) w województwie lubuskim przeprowadzono kontrole doraźne w placówkach psychiatrycznych. Stan techniczno-sanitarne w pomieszczeniach dla chorych był w większości przypadków zachowany. Kontrolowane placówki posiadają opracowane programy dostosowania stanu sanitarno-epidemiologicznego do wymogów określonych przez przepisy prawa,
- p) w województwie podlaskim kontrolą objęto 2 szpitale psychiatryczne oraz dwa szpitale z oddziałami psychiatrycznymi. Stan sanitarny pomieszczeń jest w większości niezadowalający. W odniesieniu do 2 obiektów toczy się postępowanie administracyjne, prowadzone przez organ sanitarny.

Z przesłanego protokołu wynika ponadto, że w szpitalach psychiatrycznych i oddziałach psychiatrycznych zostały opracowane procedury mycia rąk, dezynfekcji rąk, postępowania poekspozycyjnego, izolacji pacjenta z zakażeniem lub chorobą zakaźną, dezynfekcji, mycia narzędzi i sprzętu medycznego, sprzątnięcia i dezynfekcji pomieszczeń, postępowania z brudną bielizną, postępowania z czystą bielizną, postępowania z odpadami medycznymi. W większości szpitali psychiatrycznych i oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych został wdrożony System Analizy Zagrożeń i Krytycznych Punktów Kontroli (HACCP).

II. Wyniki działań w obszarze warunków technicznych obiektów budowlanych:

Z informacji uzyskanych od Głównego Inspektora Nadzoru Budowlanego wynika, iż od stycznia do końca sierpnia 2011 r. kontroli poddano łącznie 101 szpitali psychiatrycznych i oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych. W placówkach poddano kontroli jeden lub więcej obiektów budowlanych. Łącznie skontrolowano co najmniej 332 obiekty.

Podczas kontroli sprawdzono m.in. realizację obowiązku poddawania obiektów okresowym kontrolom stanu technicznego elementów budynków, budowli i instalacji, narażonych na szkodliwe wpływy atmosferyczne i niszczące działania czynników występujących podczas użytkowania obiektu, stanu technicznego instalacji gazowych oraz przewodów kominowych, stanu technicznego i przydatności do użytkowania obiektu budowlanego, estetyki obiektu budowlanego oraz jego otoczenia, instalacji elektrycznej i piorunochronnej, stanu technicznego kotłów oraz obowiązku prowadzenia książki obiektu budowlanego.

Sprawdzeniu podlegało również wykonanie zaleceń z poprzednich kontroli. W świetle wyników stan techniczny zdecydowanej większości skontrolowanych obiektów nie stanowi zagrożenia dla zdrowia i życia przebywających w nich osób.

W 65 placówkach nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości w zakresie utrzymania i bezpiecznego użytkowania obiektów, w 28 placówkach stan techniczny obiektów oceniono jako dobry

lub zadowolający. Natomiast kontrola wykazała, iż najczęściej niewłaściwie prowadzono książki obiektów budowlanych oraz nie wykonywano wymaganych kontroli okresowych lub nie zrealizowano zaleceń pokontrolnych po kontrolach okresowych. Wykazano również przypadki zaniedbań w utrzymaniu obiektów.

W przypadku 12 placówek organy Nadzoru Budowlanego wydały decyzje nakazujące usunięcie nieprawidłowości w wyznaczonym terminie, w 15 placówkach wydano zalecenia dotyczące m.in. uzupełnienia braków i wykonania kontroli zgodnie z wymogami prawa, w 2 placówkach prowadzone były prace remontowe.

W 7 placówkach stan obiektów budowlanych budził poważniejsze zastrzeżenia dotyczące niewłaściwego stanu technicznego obiektów i instalacji, a także samowolnej zmiany sposobu użytkowania obiektu. W tych przypadkach zostały wszczęte postępowania administracyjne. Do poważniejszych nieprawidłowości należały:

- a) niesprawna instalacja odgromowa,
- b) brak wentylacji grawitacyjnej w salach,
- c) brak wentylacji w kotłowni,
- d) brak izolacji fundamentu budynku, pęknięcia na ścianach, nieodpowiedni stan techniczny elementów zewnętrznych m.in. odpadający gzyms w elewacji; stan jednego z budynków (kotłowni) oceniono jako nienadający się do użytkowania.

Przypadki, w których stwierdzono nieodpowiedni stan techniczny obiektów budowlanych lub ich części dotyczyły zasadniczo obiektów starych oraz placówek przeznaczonych do przeniesienia w najbliższym czasie do innych obiektów.

Kontrole wykazały nieprawidłowości dotyczące estetyki obiektu budowlanego i jego otoczenia oraz nieprawidłowości dające się usunąć w ramach bieżącej konserwacji. Stwierdzono:

- a) ubytki w stolarce okiennej, uszkodzone posadzki, uszkodzone stopnie i spoczniki schodów, ubytki w balustradach,
- b) brak zadaszenia nad wejściem do budynku,
- c) odpadający tynk, złuszczenie farby.

Nieprawidłowości formalne dotyczące sposobu prowadzenia ksiąg obiektów budowlanych przeprowadzania kontroli okresowych w obiektach i sporządzania protokołów z tych kontroli. Stwierdzono:

- a) brak aktualnych wpisów,
- b) brak ksiąg obiektu,
- c) brak aktualnych protokołów rocznych i pięcioletnich kontroli stanu technicznego obiektów,
- d) brak udokumentowania wykonania zaleceń pokontrolnych,
- e) wykonanie wspólnego protokołu kontroli okresowych na wszystkie objekty,
- f) wykonanie wspólnego protokołu kontroli stanu technicznego przewodów kominowych na wszystkie objekty,

- g) przeprowadzenia obowiązkowych kontroli przez osoby nieposiadające odpowiednich kwalifikacji,
- h) wykonanie badań instalacji elektrycznej i piorunochronnej przez osobę bez odpowiednich uprawnień.

Działania nadzoru: wydanie decyzji nakazujących usunięcie nieprawidłowości, wydanie szeregu zaleceń i uwag, ukaranie zarządców obiektów mandatami karnymi, przeprowadzenie lub zaplanowanie w najbliższym czasie rekontroli w celu zapewnienia właściwego stanu technicznego obiektów budowlanych. W wyniku przeprowadzonej kontroli wydano 1 decyzję o całkowitym wyłączeniu budynku (kotłowni) z użytkowania, nakazano usunięcie nieprawidłowości w 12 placówkach, wszczęto 4 postępowania administracyjne w zakresie stanu technicznego obiektu, 1 postępowanie administracyjne w sprawie samowolnej zmiany sposobu użytkowania obiektu, 1 postępowanie administracyjne dotyczące braku okresowych przeglądów obiektu, 1 postępowanie wyjaśniające, nałożono 2 mandaty karne, wydano szereg zaleceń i uwag dotyczących m.in. prowadzenia książki obiektu i przeprowadzenia kontroli okresowej w obiektach.

III. Wyniki działań w obszarze bezpieczeństwa przeciwpożarowego:

Podczas kontroli przeprowadzonej przez jednostki Państwowej Straży Pożarnej nacisk był położony na zapewnienie właściwych warunków ewakuacji tj. liczby i szerokości wyjść ewakuacyjnych, korytarzy, klatek schodowych, itp.

Poddano również ocenie inne przepisy przeciwpożarowe ze szczególnym uwzględnieniem wymagań budowlanych, doboru i stanu technicznego urządzeń i instalacji użytkowych, wyposażenia obiektów w sprzęt i urządzenia ratownicze, przeciwpożarowego zaopatrzenia w wodę i wewnętrznych instalacji hydrantowych, dróg pożarowych oraz przygotowania organizacyjnego personelu szpitali w przedmiotowym zakresie.

Ogółem przeprowadzono 290 kontroli, gdzie sprawdzono stan bezpieczeństwa pożarowego w 359 obiektach.

W 303 spośród tych obiektów stwierdzono łącznie 1128 nieprawidłowości.

Najwięcej z nich dotyczyło:

- a) warunków ewakuacji mogących spowodować zagrożenie życia ludzi (416 obiektów),
- b) przeciwpożarowych instalacji wodociągowych wewnętrznych (143),
- c) okresowych badań instalacji użytkowych (112),
- d) stanu dróg ewakuacyjnych (drożność, składowania materiałów palnych),
- e) (90), instrukcji bezpieczeństwa pożarowego (73),
- f) przeciwpożarowego zaopatrzenia w wodę (68),
- g) wyposażenie obiektów w gaśnice i ich konserwacji (34),
- h) dróg pożarowych (33),
- i) wyposażenie obiektów w systemy sygnalizacji pożarowej i ich konserwacji (31),

- j) braku zaznajomienia z przepisami przeciwpożarowymi (24),
- k) założenia i odpowiedniego połączenia urządzeń sygnalizacyjno-alarmowych z najbliższą Komendą Miejską/Komendą Powiatową Państwowej Straży Pożarnej lub Jednostek Ratowniczo-Gaśniczych (16),
- l) wyposażenie obiektów w dźwiękowe systemy ostrzegawcze i ich konserwacji (11),
- m) instrukcji postępowania na wypadek pożaru wraz z wykazem telefonów alarmowych (11).

Wszczęto postępowania nakazowo-egzekucyjne, w ramach których: wydano 179 decyzji administracyjnych w sprawie usunięcia uchybień oraz 1 dotyczące wstrzymania robót i zakazu eksploatacji, nałożono 4 mandaty karne, podjęto 12 postępowań egzekucyjnych, z których 7 zakończyło się zastosowaniem środka egzekucyjnego, wydano 11 opinii, skierowano 33 wystąpienia do innych organów administracji.

Podczas 36 czynności odbiorowych związanych z zamiarem przystąpienia do użytkowania nowych bądź modernizowanych obiektów zgłoszono 7 sprzeciwów z uwagi na zastrzeżenia w zakresie ochrony przeciwpożarowej.

Stwierdzono we wnioskach niezadawalający stan ochrony przeciwpożarowej w szpitalach i oddziałach psychiatrycznych.