



RZECZPOSPOLITA POLSKA

dnia

2011 r.

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 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.)
oraz przestrzegania praw pacjenta na terytorium
Rzeczypospolitej Polskiej

Obejmuje okres od dnia 1 stycznia 2010 r. do dnia 31 grudnia 2010 r.

Obowiązek przedstawienia sprawozdania wynika z art. 58 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.)

SŁOWO WSTĘPNE

PANI KRYSZTYNY BARBARY KOZŁOWSKIEJ - RZECZNIKA PRAW PACJENTA

Szanowni Państwo,

Jest mi niezmiernie miło zaprezentować Państwu Sprawozdanie z realizacji zadań wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przestrzegania praw pacjenta w Polsce za 2010 rok. Biorąc pod uwagę analogiczne Sprawozdanie z działalności za 2009 r., obecne, jest drugim w historii Biura Rzecznika Praw Pacjenta kompleksowym ujęciem realizacji zadań przez Rzecznika Praw Pacjenta. Na szczególną uwagę, zasługuje tendencja wzrostowa ilości spraw zgłoszonych do Biura w roku 2010. W stosunku do roku ubiegłego ilość spraw wzrosła o ponad 219%. Jednocześnie podkreślę, że nastąpiło także znaczne zwiększenie liczby rozpatrzonych spraw przez jednego pracownika, co stanowi wzrost o ponad 52%.

Czytając Sprawozdanie, będą Państwo mieli okazję szczegółowego zapoznania się z podejmowanymi przez Rzecznika działaniami oraz danymi liczbowymi za 2010 r. Mam na myśli m.in. działania w kierunku rozszerzenia możliwości kontynuowania leczenia w ramach chemioterapii niestandardowej, czy wystąpienia w sprawie wprowadzenia blankietów dla pacjentów zażywających leki przeciwzakrzepowe. Rzecznik występował także na rzecz pacjentów chorych na cukrzycę – apelował, aby osobom uczącym się i nieosiągającym dochodów wydłużono do 26 roku życia refundację pomp insulinowych. To tylko przykłady działań, które dzięki pozytywnej współpracy z innymi organami administracyjnymi, zostały wprowadzone w życie.

Miniony 2010 rok, był okresem intensywnych działań zarówno na płaszczyźnie ochrony praw pacjenta, jak i na polu wewnętrznej organizacji pracy Biura. Przede wszystkim z uwagi na fakt, iż w ubiegłym roku obchodziliśmy dopiero pierwszą rocznicę istnienia Rzecznika Praw Pacjenta jako centralnego organu administracji rządowej. Dlatego też, za główny cel podejmowanych przez Biuro działań edukacyjnych i promocyjnych uznano wzrost wiedzy pacjentów w zakresie przysługujących im praw oraz podniesienie świadomości o istnieniu centralnego urzędu stojącego na straży praw pacjentów. Tym samym w 2010 r. Rzecznik Praw Pacjenta zainaugurował ogólnopolską kampanię promocyjno – informacyjną pt.

„Pacjencie, czy znasz swoje prawa?”. Wszystkie gminy w Polsce, tj. blisko 2500 jednostek administracji samorządu terytorialnego, otrzymały materiały informacyjno – promocyjne.

W efekcie bardzo znacznie wzrosło zainteresowanie samymi prawami przysługującymi pacjentom, jak też instytucją Rzecznika Praw Pacjenta. Zwiększyła się też liczba spraw kierowanych na bezpłatną ogólnopolską infolinię Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Biuro jest jedną z tych instytucji centralnych w Polsce, która w celu dotarcia do jak największej liczby osób chcących zgłosić naruszenie praw pacjenta, przyjmuje nie tylko zgłoszenia pisemne i osobiste, ale przede wszystkim telefoniczne. Ogólnopolska bezpłatna infolinia to szandarowe rozwiązanie Biura dla interesantów. Działanie takie ma na celu przyspieszenie udzielania pomocy, informacji, a w sytuacjach kryzysowych daje możliwość natychmiastowego i skutecznego reagowania.

Mam nadzieję, że przedstawione w sposób usystematyzowany Sprawozdanie, jeszcze bardziej przybliży Państwu zadania oraz efekty ich realizacji przez Rzecznika Praw Pacjenta.

Życzę milej lektury.

Krystyna Barbara Kozłowska

Rzecznik Praw Pacjenta

SPIS TREŚCI

SŁOWO WSTĘPNE	2
PANI KRYSZTYNY BARBARY KOZŁOWSKIEJ - RZECZNIKA PRAW PACJENA	2
WSTĘP	7
INFORMACJE OGÓLNE	8
DANE STATYSTYCZNE.....	11
Część pierwsza	13
1. DZIAŁANIA RZECZNIKA PRAW PACJENTA PODEJMOWANE W CELU REALIZACJI USTAWOWYCH ZADAŃ	13
1.1 POSTĘPOWANIA W SPRAWACH PRAKTYK NARUSZAJĄCYCH ZBIOROWE PRAWA PACJENTÓW	13
1.2 WSKAZYWANIE WNIOSKODAWCY PRZYSŁUGUJĄCYCH ŚRODKÓW PRAWNYCH.	19
1.3 PRZEKAZYWANIE SPRAWY ZGODNIE Z WŁAŚCIWOŚCIĄ.....	20
1.4 SPRAWY NIEPODJĘTE	20
1.5 ZWRÓCENIE SIĘ O ZBADANIE SPRAWY (LUB JEJ CZĘŚCI) DO WŁAŚCIWYCH ORGANÓW	22
1.6 ZBADANIE SPRAWY NA MIEJSCU.....	23
1.7 ZŁOŻENIE WYJAŚNIEŃ	25
1.8 PRZEDŁOŻENIE INFORMACJI O STANIE SPRAWY	27
1.9 ZLECANIE SPORZĄDZANIA EKSPERTYZ I OPINII	28
1.10 UDZIAŁ NA PRAWACH PROKURATORA W SPRAWACH CYWILNYCH.....	29
1.11 OPRACOWYWANIE I PRZEDKŁADANIE RADZIE MINISTRÓW PROJEKTÓW AKTÓW PRAWNYCH DOTYCZĄCYCH PRAW PACJENTA	29
1.12 WYSTĘPOWANIE DO WŁAŚCIWYCH ORGANÓW Z WNIOSKAMI O PODJĘCIE INICJATYWY USTAWODAWCZEJ	30
1.13 OPRACOWYWANIE I WYDAWANIE PUBLIKACJI	32
1.13.1 Współpraca z jednostkami publicznymi i organizacjami pozarządowymi promująca ochronę praw pacjentów.	32
1.13.2 Działalność promocyjno - medialna popularyzująca wiedzę o ochronie praw pacjenta.	34
1.14 WSPÓŁPRACA Z ORGANAMI WŁADZY PUBLICZNEJ W CELU ZAPEWNIENIA PACJENTOM PRZESTRZEGANIA ICH PRAW, W SZCZEGÓLNOŚCI Z MINISTREM WŁAŚCIWYM DO SPRAW ZDROWIA	36
1.15 PRZEDSTAWIANIE WŁAŚCIWYM ORGANOM WŁADZY PUBLICZNEJ, ORGANIZACJOM I INSTYTUCJOM ORAZ SAMORZĄDOM ZAWODÓW MEDYCZNYCH OCEN I WNIOSKÓW ZMIERZAJĄCYCH DO ZAPEWNIENIA SKUTECZNEJ OCHRONY PRAW PACJENTA	41

1.16	WSPÓLPRACA Z ORGANIZACJAMI POZARZĄDOWYMI, SPOŁECZNYMI I ZAWODOWYMI, DO KTÓRYCH CELÓW STATUTOWYCH NALEŻY OCHRONA PRAW PACJENTA.....	42
1.17	ANALIZA SKARG PACJENTÓW W CELU OKREŚLENIA ZAGROŻEŃ I OBSZARÓW W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA WYMAGAJĄCYCH NAPRAWY.....	43
1.18	SPRZECIW WNOSZONY DO KOMISJI LEKARSKIEJ DZIAŁAJĄCEJ PRZY RZECZNIKU PRAW PACJENTA	56
	Część druga.....	59
2.	SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA ART. 10a–10d.....	59
	USTAWY Z DNIA 19 SIERPNI 1994 r. O OCHRONIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO	59
2.1	WPROWADZENIE	59
2.2	USTAWOWE ZADANIA I UPRAWNIENIA RZECZNIKA PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO	60
2.3	CHARAKTERYSTYKA POSZCZEGÓLNYCH FORM DZIAŁALNOŚCI RZECZNIKA PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO W 2010 r. 62	
2.3.1	Działalność interwencyjna	62
2.3.2	Działalność doradcza (edukacyjna).....	63
2.3.3	Działalność informacyjno-edukacyjna (spotkania w grupach).....	63
2.3.4	Działalność kontrolna	64
2.3.5	Formy kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego .67	
2.4	RELACJA PACJENTA Z RZECZNIKIEM PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO	67
2.5	WSPÓLPRACA RZECZNIKA PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO Z RODZINĄ PACJENTA, PRZEDSTAWICIELEM USTAWOWYM, OPIEKUNEM PRAWNYM LUB FAKTYCZNYM	69
2.6	RELACJA RZECZNIKA PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO Z PRACOWNIKAMI ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ	70
2.7	NAJCZĘŚCIEJ REJESTROWANE SPRAWY DOTYCZĄCE NIEPRZESTRZEGANIA PRAW PRZEDMIOTOWEJ GRUPY PACJENTÓW	71
2.7.1	Prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia	71
2.7.2	Prawo pacjenta do informacji o przysługujących mu prawach.....	72
2.7.3	Zasadność i sposób stosowania przymusu bezpośredniego	74
2.7.4	Prawo pacjenta do intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych.....	77
2.7.5	Nieetyczne zachowanie personelu medycznego wobec pacjentów	80
2.7.6	Złe warunki bytowe	81

2.7.7	Prawo pacjenta do wystąpienia o wyrażenie zgody na okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania z zakładu	82
2.7.8	Prawo pacjenta do opieki pielęgniarskiej udzielanej ze szczególną starannością.....	83
2.7.9	Prawo do porozumiewania się bez ograniczeń	84
2.7.10	Prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające świadczeń zdrowotnych, informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego.	85
2.7.11	Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie ...	85
2.7.12	Prawo do opieki duszpasterskiej	86
2.8	POZOSTAŁE SPRAWY ZGŁASZANE DO RZECZNIKÓW PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO WYMAGAJĄCE OMÓWIENIA	86
2.8.1	Prawo pacjenta do najmniej uciążliwej metody leczenia oraz organizacja czasu wolnego	86
2.8.2	Brak świadomości bezpiecznego pobytu w szpitalu	87
2.8.3	Wyżywienie	89
2.9	DZIAŁANIA PODJĘTE PRZEZ RZECZNIKÓW PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO Z WŁASNEJ INICJATYWY	89
2.10	DZIAŁALNOŚĆ INFORMACYJNO-EDUKACYJNA RZECZNIKA PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO	91
	WNIOSKI	92
	PODSUMOWANIE	95
	ZAKOŃCZENIE.....	96
	SPIS RYSUNKÓW	97
	SPIS WYKRESÓW.....	97

WSTĘP

Obowiązek przedstawienia Radzie Ministrów niniejszego Sprawozdania wynika z art. 58 ust. 1 w *ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.), zwanej dalej: „ustawą o prawach pacjenta”, zgodnie, z którym Rzecznik przedstawia corocznie Radzie Ministrów, nie później niż do dnia 31 lipca roku następnego, sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Rzecznik Praw Pacjenta jest centralnym organem administracji rządowej właściwym w sprawach ochrony praw pacjentów, którego ustawowe zadania określone zostały kompleksowo w ustawie o prawach pacjentów, która – w odniesieniu do urzędu Rzecznika – weszła w życie w dniu 21 maja 2009 r. na podstawie art. 19 *ustawy z dnia 24 kwietnia 2009 r. – Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia* (Dz. U. Nr 76, poz. 641).

Pierwszym Rzecznikiem Praw Pacjenta w Rzeczypospolitej Polskiej jest Pani Krystyna Barbara Kozłowska, która w dniu 2 października 2009 r. została powołana na to stanowisko przez Prezesa Rady Ministrów.

Sprawozdanie zostało podzielone na dwie, stanowiące całość, części:

I. Część pierwsza dotycząca zakresu działań Rzecznika Praw Pacjenta, podzielonych zgodnie z regulacją art. 47 ustawy o prawach pacjenta, odnoszącego się do:

- 1) prowadzonych postępowań w sprawach naruszających zbiorowe prawa pacjentów;
- 2) podjętych przez Rzecznika spraw i prowadzonych postępowań;
- 3) udzielonych pacjentom informacji w zakresie przysługujących im praw.

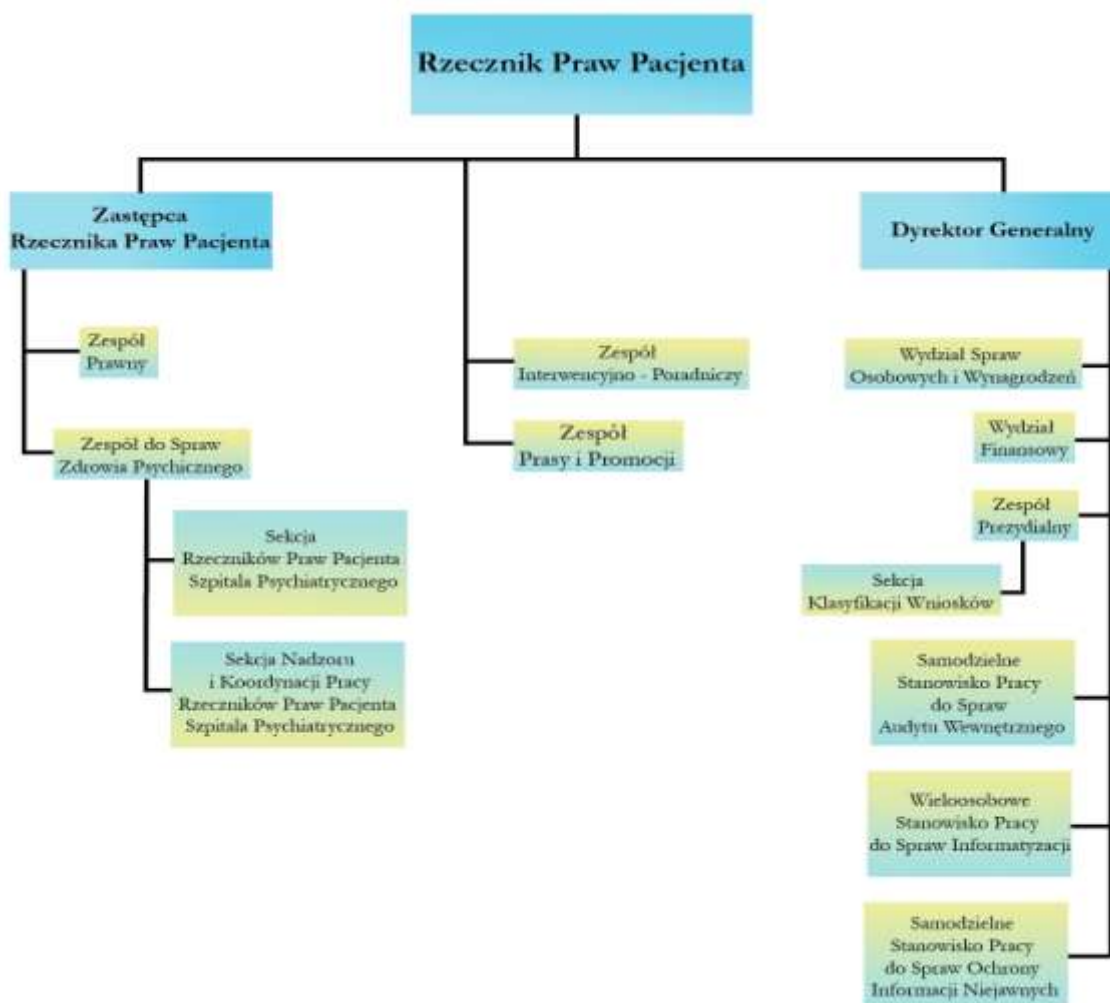
II. Część druga dotycząca działalności *Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego* (pracowników Biura), którzy pełnią swoje funkcje w placówkach opieki zdrowotnej o profilu psychiatrycznym. W tej części jest omawiana realizacja praw pacjentów wynikających z przepisów ustawy z 19 sierpnia 1994 roku *o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.). W celu zagwarantowania ochrony praw pacjentów w szpitalach psychiatrycznych (w których nie ma *Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego*), w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta funkcjonuje Zespół ds. Zdrowia Psychicznego (rozpatruje sprawy zainicjowane głównie przez pacjentów, ich rodziny, osoby najbliższe oraz pracowników placówek udzielających

świadczeń). W okresie sprawozdawczym w Biurze zatrudnionych było 26 osób pełniących funkcję *Rzecznika*. Osoby te w miesiącach styczeń – grudzień realizowały swoje zadania w 50 zakładach opieki zdrowotnej na terenie 15 województw.

INFORMACJE OGÓLNE

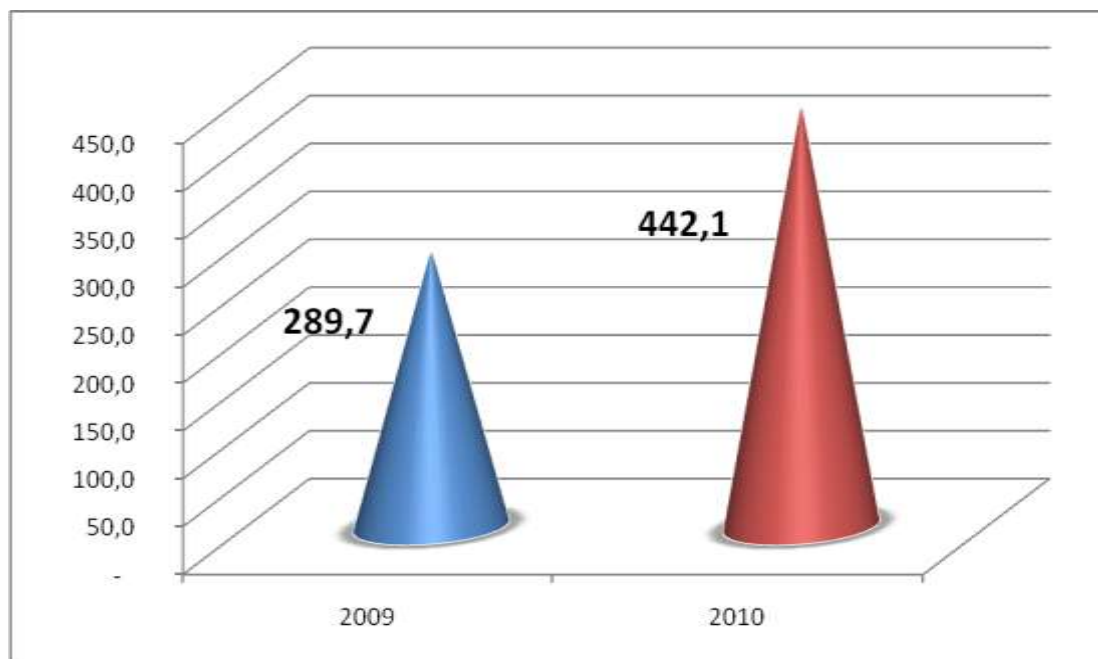
W 2010 r. Biurem Rzecznika Praw Pacjenta kierował Rzecznik Praw Pacjenta Krystyna Barbara Kozłowska. Organizację Biura określa statut nadany przez Prezesa Rady Ministrów Zarządzeniem Nr 67 Prezesa Rady Ministrów z dnia 2 września 2009 r. w sprawie nadania statutu Biura Rzecznika Praw Pacjenta (M. P. Nr 57, poz. 778).

W roku 2010 w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta było zatrudnionych 65 osób, które wykonywały obowiązki służbowe w komórkach organizacyjnych Biura:



Rysunek 1 Schemat organizacyjny Biura Rzecznika Praw Pacjenta

Widoczny jest znaczny wzrost liczby rozpatrzonych spraw w 2010 roku przez jednego pracownika w stosunku do roku 2009, co stanowi wzrost o ponad 52% (więcej o 152 sprawy/osobę).



Wykres 1 Dynamika efektywności BRPP w latach 2009-2010

Na szczególną uwagę zasługuje wzrost spraw zgłoszonych do Biura Rzecznika Praw Pacjenta w roku 2010. W stosunku do roku ubiegłego **ilość spraw wzrosła o ponad 219%**.

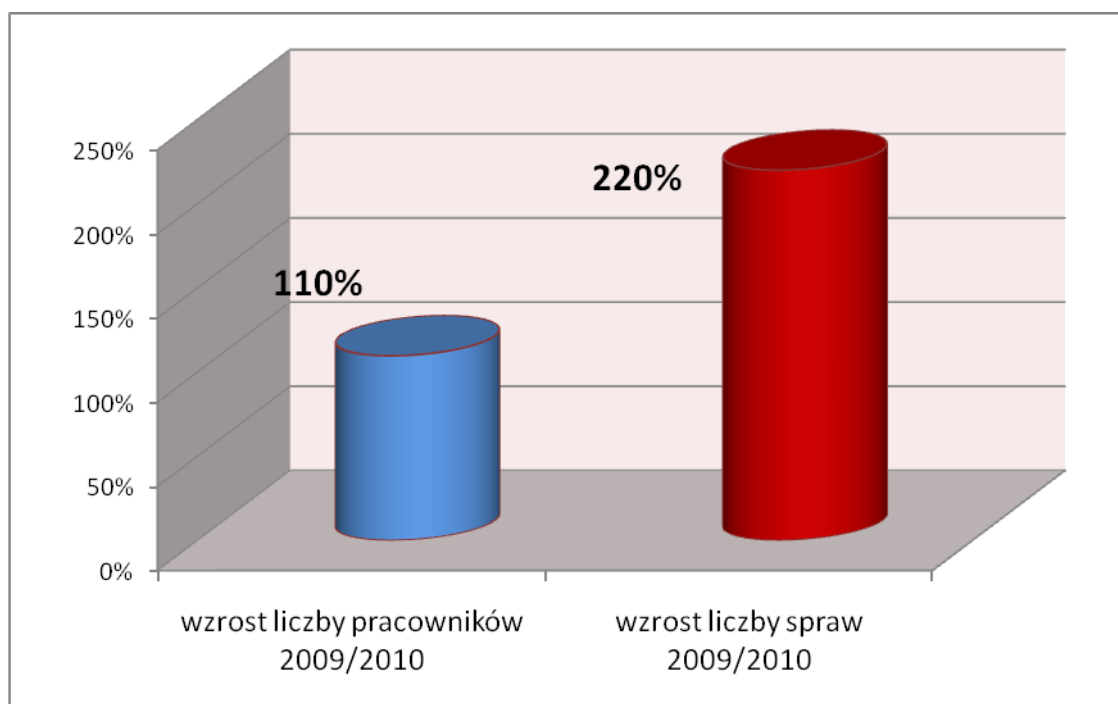


Wykres 2 Ilość spraw zgłoszonych do Biura Rzecznika Praw Pacjenta w roku 2009 i 2010



Wykres 3 Dynamika ilości podejmowanych spraw w latach 2009-2010 wg form działania

Liczba spraw skierowanych do Biura Rzecznika Praw Pacjenta w 2010 roku wzrosła trzykrotnie w stosunku do 2009 roku i stanowiła dwa razy większą dynamikę przyrostu niż wzrost liczby pracowników obsługujących te sprawy.

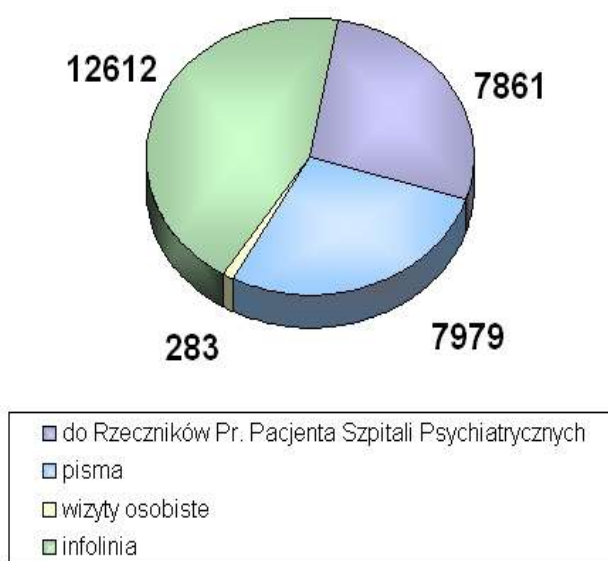


Wykres 4 Dynamika zatrudnienia i działań BRPP w latach 2009-2010

DANE STATYSTYCZNE

W 2010 roku do Biura Rzecznika Praw Pacjenta wpłynęło łącznie **28 735** spraw, w tym kierowane bezpośrednio do Rzeczników Praw Pacjenta Szpitali Psychiatrycznych, w formie: pisemnej, zgłoszeń osobistych oraz za pośrednictwem infolinii.

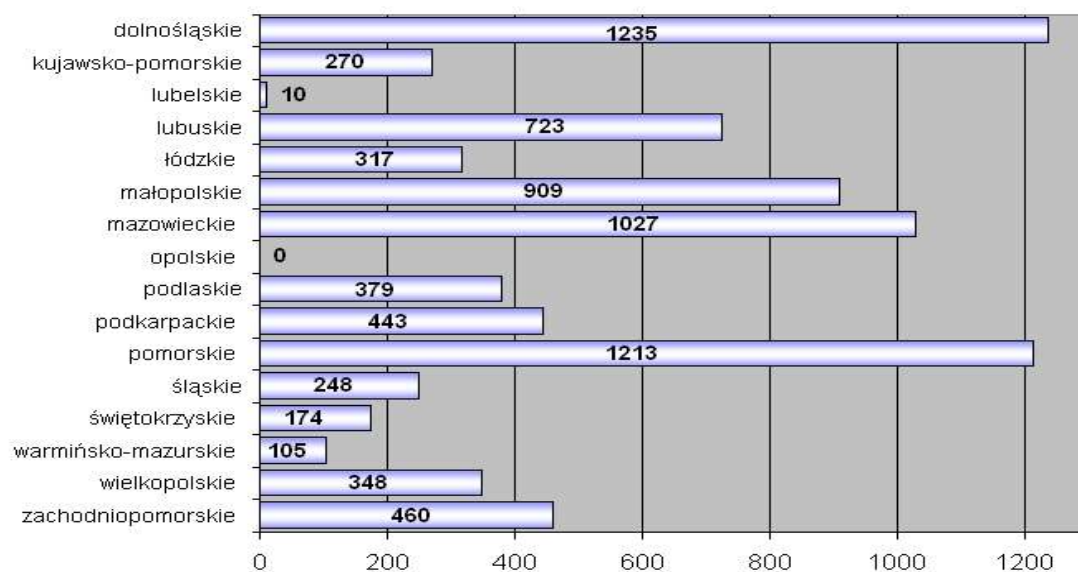
Ilość zgłoszeń do Biura Rzecznika Praw Pacjenta w roku 2010



Wykres 5 Ilość spraw zgłaszanych do Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitali Psychiatrycznych otrzymali **7861 spraw**, które kierowane były z obszaru 15 województw. Województwem, w którym nie było osób pełniących funkcję Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z uwagi na brak kandydatów (spełniających określone wymagania) było województwo opolskie. Skargi pacjentów z wskazanego obszaru -- kierowane były i rozpatrywane przez Zespół ds. Zdrowia Psychicznego działający w strukturze Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

Liczba spraw przyjętych przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitali Psychiatrycznych z podziałem na województwa



Wykres 6 Sprawy podejmowane przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitali Psychiatrycznych w 2010 r. (w Województwie Lubelskim Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego został zatrudniony od dnia 1grudnia 2010 roku).

Część pierwsza

1. DZIAŁANIA RZECZNIKA PRAW PACJENTA PODEJMOWANE W CELU REALIZACJI USTAWOWYCH ZADAŃ

1.1 POSTĘPOWANIA W SPRAWACH PRAKTYK NARUSZAJĄCYCH ZBIOROWE PRAWA PACJENTÓW

Zgodnie art. 47 ust.1 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta, do zakresu działania Rzecznika należy prowadzenie postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Przedmiotowe postępowanie zostało szczegółowo uregulowane w rozdziale 13 ustawy o prawach pacjenta. Zbiorowym prawem pacjenta jest prawo abstrakcyjne, czyli takie, które przysługuje nieograniczonej grupie osób, (do której zaliczani są zarówno pacjenci, jak i osoby, które potencjalnie mogą ubiegać się o udzielenie im świadczeń zdrowotnych). Należy pokreślić, że nie jest zbiorowym prawem pacjentów suma praw indywidualnych.

Stosownie do art. 59 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta praktyką naruszającą zbiorowe prawa pacjentów są:

- 1) bezprawne zorganizowane działania lub zaniechania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych;
- 2) 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.

W celu oceny, czy w danym przypadku mamy do czynienia z praktyką określoną w art. 59 ust. 1 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta, należy mieć na uwadze konieczność wystąpienia łącznie czterech przesłanek:

- 1) wypełnienia znamion bezprawności (sprzeczność z prawem sensu largo);
- 2) działania lub zaniechania podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych muszą być zorganizowane;
- 3) naruszenia zbiorowego prawa pacjenta (sprzeczność z unormowaniem stanowiącym o prawie pacjenta);

- 4) cel działania: pozbawienie pacjentów praw lub ograniczenie tych praw, w szczególności podejmowane celem osiągnięcia korzyści majątkowej¹.

Natomiast oceniając zaistnienie przesłanki, o której mowa w art. 59 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta (stwierdzenia prawomocnym orzeczeniem sądu zorganizowania wbrew przepisom o rozwiązywaniu sporów zbiorowych akcji protestacyjnej lub strajku) muszą łącznie wystąpić trzy przesłanki:

- 1) stwierdzenie prawomocnym orzeczeniem sądu wypełnienia znamion bezprawności, zorganizowania działania lub zaniechania (sprzeczność z prawem w ogóle);
- 2) naruszenia zbiorowego prawa pacjenta (sprzeczność z unormowaniem stanowiącym o prawie pacjenta);
- 3) cel działania: pozbawienie pacjentów praw lub ich ograniczenie, w szczególności podejmowane celem osiągnięcia korzyści majątkowej.

Zgodnie z powyższym ustawodawca przewidział możliwość podjęcia działań przez Rzecznika Praw Pacjenta, wyposażając go w kompetencje do korzystania ze środków władczych, jednak warunkiem *sine qua non* jest stwierdzenie przez sąd (prawomocnym orzeczeniem), że dana akcja lub strajk przeprowadzone zostały z naruszeniem przepisów ustawy o rozwiązywaniu sporów zbiorowych.

Podkreślenia wymaga fakt, że działania naruszające zbiorowe prawa pacjentów charakteryzują się celowością. Zatem działanie to musi być podejmowane w sposób zamierzony, świadomy, intencjonalny, ukierunkowany na pozbawianie pacjentów ich praw lub na ich ograniczenie². Ponadto zgodnie z ustawą o rozwiązywaniu sporów zbiorowych przy podejmowaniu decyzji o ogłoszeniu strajku podmiot reprezentujący interesy pracowników powinien wziąć pod uwagę współmierność żądań do strat związanych ze strajkiem³.

Mając powyższe na uwadze, w roku 2010 Rzecznik prowadził szereg postępowań wyjaśniających, które miały na celu wyeliminowanie praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Każda informacja w przedmiotowym zakresie wpływająca do Biura była poddawana szczegółowej analizie. W przypadku uprawdopodobnienia wystąpienia praktyki

¹ M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o., Warszawa 2009 r., s. 286.

² A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Komentarz*, Warszawa CeDeWu, s. 224.

³ M. Nesterowicz (red.), *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz* Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o., Warszawa 2009 r., s. 288.

naruszającej zbiorowe prawa pacjentów, Biuro podejmowało natychmiastowe i skuteczne interwencje, które za każdym razem przynosiły oczekiwane rezultaty – bez konieczności nakładania kar pieniężnych, które są *de facto* działaniem ostatecznym.

Ponadto, Pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta współpracowali z prokuraturą oraz sądami powszechnymi w zakresie prowadzonych przez te organu postępowań w sprawie organizowania wbrew przepisom o rozwiązywaniu sporów zbiorowych akcji protestacyjnej lub strajku. Z otrzymanych informacji wynika, że nie doszło do wydania prawomocnego orzeczenia sądu, stwierdzającego, iż akcja protestacyjna lub strajk zostały zorganizowane wbrew przepisom.

Mając powyższe na uwadze nie było podstaw prawnych do wydania decyzji stwierdzającej naruszenie zbiorowych praw pacjentów, a tym samym do nałożenia kary pieniężnej.

Wybrane postępowania wyjaśniające w przedmiocie ewentualnego naruszenia zbiorowych praw pacjentów:

- 1) **brak możliwości zapisania się przez pacjentów do kolejki oczekujących na udzielenie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.**

Rzecznik Praw Pacjenta wydał w dniu 21 stycznia 2010 roku Komunikat, który przekazał do wiadomości pacjentów za pośrednictwem mediów i strony internetowej www.bpp.gov.pl, w którym zwrócił się do wszystkich świadczeniobiorców, którzy spotkają się z utrudnieniami podczas rejestracji do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy specjalistów o zgłoszenia tych informacji do Biura. Komunikat dotyczył trudności w ustaleniu terminu wizyty za pośrednictwem zgłoszenia telefonicznego lub sytuacją wyznaczenia przez świadczeniodawcę jednego dnia w miesiącu na zapisy, które są sprzeczne z regulacją § 13 „ogólnych warunków umów” stanowiącego załącznik do *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. 08. Nr 81, poz. 484).

Rzecznik otrzymał 100 zgłoszeń i we wszystkich podjął postępowanie wyjaśniające. Z informacji otrzymanych od 20 placówek wynikało, iż mogło w nich dojść do praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Po podjęciu niezbędnych działań przez Rzecznika Praw Pacjenta (w tym skierowania do osób kierujących zakładami opieki zdrowotnej prośby o niezwłoczne przedłożenie wyjaśnień w rzeczonym zakresie, które zostały przekazane do wiadomości Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Dyrektorów

Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, Wojewodów oraz Marszałków Województw. Z informacji zwrotnych uzyskanych przez Biuro jednoznacznie wynikało, że sytuacja uległa poprawie. Należy podkreślić, iż analogiczne informacje były przekazywane do Biura przez pacjentów.

- 2) **ograniczenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w NZOZ Zespół Uzdrowisk Kłodzkich w Polanicy Zdroju na poziomie standardów** określonych w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego* (Dz. U. Nr 139, poz. 1136 z późn zm.), **z uwagi na konieczność ponoszenia dodatkowych** – niż te, o których mowa w załączniku nr 2 do rozporządzenia **opłat** za określony standard pokoju oraz poziom finansowania przez świadczeniobiorcę kosztów wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym za jeden dzień pobytu. Pacjenci poinformowali Rzecznika Praw Pacjenta, że brak dopłaty z ich strony w wysokości określonej przez kierownika uzdrowiska powodował brak możliwości skorzystania z pokoi jednoosobowych, pomimo wniesienia opłaty zgodnej z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego*.

Stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta, iż mogą być naruszone zbiorowe prawa pacjentów zostało podzielone przez Ministerstwo Zdrowia. Kolejnym krokiem było zwrócenie się m. in. do Wojewody Dolnośląskiego o wszczęcie postępowania kontrolnego przedmiotowej placówki, którego wyniki zostały zakwestionowane przez Biuro w związku z brakiem zgodności z wymienionymi wyżej przepisami prawa. Na podstawie zebranego materiału Rzecznik wezwał organ nadzorujący NZOZ Zespół Uzdrowisk Kłodzkich w Polanicy Zdroju, tj. Wojewodę Dolnośląskiego do przywrócenia stanu zgodnego z przepisami prawa. Działania podjęte przez Rzecznika zakończyły się sukcesem, w związku z czym nie było konieczności do nałożenia kary o której mowa w art. 68 upp.

- 3) **ograniczenia dostępu do dokumentacji medycznej w NZOZ Kraków Południe, gdzie pacjenci byli obciążani kosztami za uzyskanie kopii dokumentacji medycznej w wysokości 10-krotnie wyższej niż określono w ustawie o prawach pacjenta.**

Po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego, Rzecznik Praw Pacjenta skierował wniosek o przeprowadzenie kontroli przez organ rejestrowy, tj. Wojewodę Małopolskiego.

Wojewoda w wyniku swoich działań częściowo podzielił pogląd wyrażony przez Rzecznika Praw Pacjenta, który następnie zwrócił się z wnioskiem o niezwłoczne dokonanie zmian w zakresie odpłatności za udostępnianie pacjentom kserokopii dokumentacji medycznej.

Pacjenci potwierdzali uzyskiwanie zwrotu nadpłaconych kwot za udostępnienie kserokopii dokumentacji medycznej a Wojewoda Małopolski poinformował Rzecznika, że wystosował do Dyrektora Zakładu pismo zobowiązujące do zwiększenia nadzoru nad pracownikami przyjmującymi wnioski o udostępnienie dokumentacji.

4) pobierania kaucji zwrotnej od rodziców w przypadku braku okazania dowodu ubezpieczenia, w sytuacji udzielania świadczeń zdrowotnych ich dziecku w Wojewódzkim Zespole Specjalistycznego w Rzeszowie.

Także i w tym przypadku stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta, że wskazane praktyki są niezgodne z przepisami prawa zostało podzielone przez Ministerstwo Zdrowia. Dyrektor Wojewódzkiego Zespołu Specjalistycznego w Rzeszowie nie podzielił jednak opinii Rzecznika Praw Pacjenta oraz Ministerstwa Zdrowia, w związku, z czym, podjęto dalsze działania mające na celu ochronę praw pacjentów. Rzecznik wystąpił do organu założycielskiego - tj. Marszałka Województwa Podkarpackiego o podjęcie stosownych działań w wyżej wskazanym zakresie. W wyniku interwencji podjętych przez Biuro od dnia 5 stycznia 2011 roku **prestało obowiązywać zarządzenie Dyrektora Wojewódzkiego Zespołu Specjalistycznego w Rzeszowie w części dotyczącej opłaty za brak aktualnego dowodu ubezpieczenia**, co znalazło potwierdzenie w informacjach otrzymanych przez Biuro od pacjentów.

5) apel Beskidzkiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych o solidarność w działaniach protestacyjnych. Rzecznik Praw Pacjenta podjął działania zmierzające do prawidłowego zabezpieczenia praw pacjenta, tj.: zwrócił się do dyrektorów placówek, w których zorganizowano strajki o przedłożenie szczegółowych wyjaśnień odnośnie warunków prowadzonego protestu (czy nie są sprzeczne z art. 19 ust. 1 ustawy o rozwiązywaniu sporów zbiorowych); zainteresował się sposobem zabezpieczenia hospitalizowanych pacjentów w trakcie akcji protestacyjnej oraz nawiązano współpracę z Prokuratorami Prokuratur Rejonowych o nadesłanie informacji o sposobie rozstrzygnięcia spraw dotyczących akcji protestacyjnych prowadzonych w poszczególnych zakładach opieki zdrowotnej. W wyniku stałej współpracy z organami, informacje o odmowach wszczęcia dochodzenia w sprawie

kierowania akcją strajkową zorganizowaną wbrew przepisom ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o rozwiązywaniu sporów zbiorowych w Psychiatrycznym Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Międzybrodziu Bialskim wobec braku znamion czynu zabronionego oraz podtrzymaniu postanowienia przez Sąd Rejonowy w Żywcu postanowieniem, były otrzymywane przez Rzecznika na bieżąco. Wobec twierdzenia sądu, iż strajk został przeprowadzony zgodnie z regulaminem strajkowym i nie doszło do narażenia życia i zdrowia pacjentów Psychiatrycznego Zakładu Opiekuńczo-Lecznicznego w Międzybrodziu Bialskim wskutek akcji strajkowej, Rzecznik Praw Pacjenta odstąpił od wszczęcia postępowania.

- 6) **kierowanie akcją strajkową zorganizowaną w Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Żywcu – Szpital Powiatowy w Żywcu**, Prokuratura Rejonowa wydała postanowienie o odmowie wszczęcia dochodzenia w dniu 23 marca 2010 r. Także Prokurator Prokuratury Rejonowej w Bielsku Białej umorzył dochodzenie w sprawie zorganizowania i kierowania strajkiem na terenie Specjalistycznego Zespołu Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej (a Sąd Rejonowy w Bielsku –Białej utrzymał w mocy zaskarżone postanowienie). Prokurator Prokuratury Rejonowej w Bielsku-Białej umorzył dochodzenie w sprawie zorganizowania i kierowania strajkiem na terenie Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku-Białej wbrew ustawie o rozwiązywaniu sporów zbiorowych, które zostało utrzymane w mocy przez Sąd Rejonowy w Bielsku-Białej.
- 7) **skarga na Samodzielny Wojewódzki Publiczny Zespół Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. dr Barbary Borzym w Radomiu** – w której podniesiono problem naruszenia zbiorowych praw pacjentów poprzez drastyczne ograniczenie obsady lekarskiej w w/w placówce (2 lekarzy na 740 pacjentów). W trakcie postępowania wyjaśniającego informacje przekazane przez skarżących potwierdziły się, w związku z czym, Biuro wystąpiło z wnioskiem do Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii o przeprowadzenie kontroli w rzeczony placówce. Skutkiem przedmiotowej kontroli były zalecenia (zarówno Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii jak i Wojewody Mazowieckiego) odnośnie wprowadzenia niezbędnych działań naprawczych w zakresie zapewnienia niezbędnej opieki lekarskiej. Szpital jest w trakcie realizacji zaleceń pokontrolnych.

- 8) niewystarczająca opieka lekarska z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży w jednym z warszawskich ZOZ-ów. Po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego, Biuro nie stwierdziło jednak uchybień (rażących zaniedbań). Dyrektor placówki ponawiał rekrutację mającą na celu uzupełnienie braków kadrowych wśród specjalistów (psychiatria dzieci i młodzieży). Ponadto, zapewniono Biuro o planach otwarcia specjalizacji w przedmiotowym zakresie przez obecnego kierownika oddziału. Mając na względzie powyższe, Biuro zajęło stanowisko, iż sytuacja ma charakter przejściowy i nie ma podstaw do stwierdzenia naruszenia zbiorowych praw pacjentów.

W związku z brakiem podstaw prawnych Rzecznik Praw Pacjenta nie wydał w roku 2010 decyzji o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów i nie nałożył tym samym na żaden zakład opieki zdrowotnej kary pieniężnej.

1.2 WSKAZYWANIE WNIOSKODAWCY PRZYSŁUGUJĄCYCH ŚRODKÓW PRAWNYCH.

W 2010 roku Rzecznik Praw Pacjenta przekazał, zgodnie z art. 51 pkt 2 ustawy o prawach pacjentów, **2228** pouczeń o przysługujących wnioskodawcy lub pacjentowi środkach prawnych.

Przekazywane informacje dotyczyły pouczeń w zakresie:

- 1) możliwości sądowego dochodzenia roszczeń przed sądami cywilnymi oraz zwolnienia z kosztów sądowych;
- 2) odpowiedzialności zawodowej lekarzy, o której mowa w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2009 r. Nr 219, poz. 1708);
- 3) prawa dostępu do dokumentacji medycznej;
- 4) uprawnień przysługujących do uzyskiwania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w oparciu o obowiązujące przepisy prawa tj. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.);
- 5) wykładni przepisów w przedmiocie przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego, w tym bez zgody pacjenta, tj. na podstawie art. 23 i 24 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

1.3 PRZEKAZYWANIE SPRAWY ZGODNIE Z WŁAŚCIWOŚCIĄ.

W 2010 roku **124 sprawy** zostały przekazane zgodnie z właściwością do innych instytucji. Pisma, skargi i wnioski kierowane do Rzecznika Praw Pacjenta w 2010 r., które nie były związane z działalnością urzędu oraz zagadnieniami związanymi z ochroną praw pacjentów były przedmiotem stosownych wystąpień na podstawie art. 51 pkt 3 ustawy o prawach pacjenta. Wyżej opisana praktyka znajduje swoje odzwierciedlenie w art. 231 Kodeksu postępowania administracyjnego.

Sprawy przekazywane były przede wszystkim do:

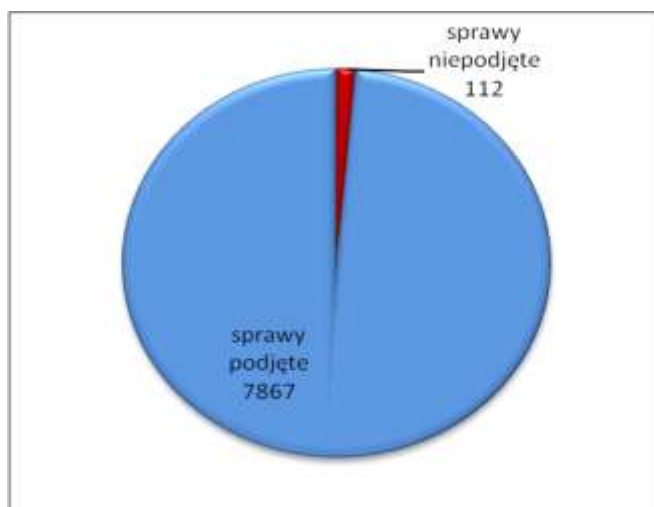
- 1) samorządów zawodów medycznych (w szczególności w zakresie ocen postępowania diagnostyczno-leczniczego oraz zagadnień etyki wykonywania zawodu);
- 2) okręgowych inspektoratów służby więziennej (pisma osadzonych, w których kwestionowano warunki odbywania kary pozbawienia wolności a nie dotyczyły praw pacjentów);
- 3) jednostek Narodowego Funduszu Zdrowia (sprawy zastrzeżeń do świadczeń zdrowotnych - dotyczyły głównie odmowy potwierdzenia skierowania na leczenie uzdrowiskowe);
- 4) Głównego Inspektoratu Sanitarnego (w zakresie szczepień ochronnych);
- 5) Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia (sprawy dotyczące refundacji środków farmaceutycznych).

1.4 SPRAWY NIEPODJEŃTE

Zgodnie z art. 47 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach do zakresu działania Rzecznika Praw Pacjenta należy prowadzenie postępowań w trybie art. 50-53 w/w ustawy (postępowanie wyjaśniające). Postępowanie wyjaśniające jest wszczynane przez Rzecznika Praw Pacjenta, jeżeli poweźmie wiadomość, co najmniej uprawdopodobniającą naruszenie praw pacjenta.

Zgodnie z art. 51 pkt 4 w/w ustawy Rzecznik Praw Pacjenta po zapoznaniu się ze skierowanym do niego wnioskiem może nie podjąć sprawy, o czym zawiadamia wnioskodawcę oraz pacjenta, którego sprawa dotyczy.

W 2010 r. Biuro Rzecznika Praw Pacjenta nie podjęło **112** spraw.



Wykres 7 Ilość podjętych/niepodjętych spraw przez BRPP

W praktyce Rzecznik Praw Pacjenta często spotyka się ze skargami, w których brak jest oznaczenia pacjenta/wnioskodawcy zgłaszającego sprawę lub brak informacji, umożliwiających na zidentyfikowanie świadczeniodawcy, którego niniejsza skarga dotyczyła. Praktyką stosowaną przez Rzecznika Praw Pacjenta jest zwracanie się z prośbą o uzupełnienie braków formalnych złożonego wniosku.

Brak ustawowej kompetencji Rzecznika - to kolejny (równie częsty) powód odmowy podjęcia sprawy.

Ponadto, działalność Rzecznika Praw Pacjenta została wyłączona w przypadkach prowadzenia sprawy pacjenta/wnioskodawcy przez profesjonalnego pełnomocnika - zgodnie z wyrażoną w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zasadą pomocniczości (subsydiarności). Zasada pomocniczości oznacza, że Rzecznik nie zastępuje i nie wyręcza obywateli w prowadzeniu ich spraw, a więc nie świadczy usług typowo adwokackich.

Należy wyjaśnić, że nie podjęcie sprawy przez Biuro było także konsekwencją sytuacji, w których pacjent zgłosił, że sprawa została załatwiona zgodnie z oczekiwaniami lub przekazał informacje, że rezygnuje z pomocy Biura, jak również sprawy nie dotyczące praw pacjenta.

1.5 ZWRÓCENIE SIĘ O ZBADANIE SPRAWY (LUB JEJ CZĘŚCI) DO WŁAŚCIWYCH ORGANÓW

W 2010 r. Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił w **45** przypadkach do właściwych organów celem zbadania przedmiotowej sprawy zgodnie z kompetencjami. Były to wystąpienia do:

- 1) **wojewodów** (w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej prowadzących działalność na obszarze województwa) z wnioskami o przeprowadzenie kontroli, pod względem zgodności z prawem, celowości i gospodarności, działalności prowadzonej przez dany zakład opieki zdrowotnej;
- 2) **Dyrektorów Okręgowej Służby Więziennej** odnośnie zapewnienia osobom osadzonym dostatecznego dostępu do świadczeń zdrowotnych;
- 3) **Zakładu Ubezpieczeń Społecznych** w przedmiocie analizy przepisów prawnych z zakresu ubezpieczeń społecznych;
- 4) **Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia** w zakresie zbadania sygnałów świadczących o możliwych rozbieżnościach między stanem faktycznym, a powinnościami ciążącymi na zakładach opieki zdrowotnej w związku z realizacją kontraktów oraz wykładnię przepisów prawa z zakresu kompetencji Funduszu;
- 5) **Głównego Inspektora Ochrony Danych Osobowych** celem zbadania kwestii udostępniania danych osobowych osobom nieupoważnionym w związku z ustalaniem kolejności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. W konsekwencji przeprowadzono ogólnopolską akcję informacyjną, której celem było zwiększenie poziomu ochrony danych osobowych pacjentów w zakładach opieki zdrowotnej;
- 6) **Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych** w sprawie nieetycznego zachowania wobec hospitalizowanych pacjentów;
- 7) **Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowych Izbach Lekarskich** dotyczyło przewlekłości postępowania oraz podjęcia sprawy zgodnie z kompetencjami;
- 8) **Konsultantów Krajowych i Wojewódzkich.**

Przykładem skutecznego załatwienia sprawy w części przekazanej do Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii (wraz z prośbą o zbadanie zgodnie z kompetencjami) było wskazanie uchybień przy zastosowaniu przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia wobec Pacjentki w Szpitalu Psychiatrycznym. „Zastosowanie środka przymusu bezpośredniego bez podania środka uspokajającego (benzodiazepin, leku przeciwpsychotycznego) jest

niewłaściwie (...) zaleca się, aby (...) jeśli konieczny jest przymus, ograniczyć czas jego trwania” poprzez np. podanie w/w leku. Mając na względzie powyższe, Biuro w trybie art. 53 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta nakazało wdrożyć działania naprawcze w przedmiocie konieczności przestrzegania dyspozycji art. 18 ust. 8 ustawy o OZP (przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby).

1.6 ZBADANIE SPRAWY NA MIEJSCU

W okresie sprawozdawczym w **4 przypadkach** zdecydowano się zbadać - bez uprzedzenia - sprawę na miejscu na podstawie art. 52 ust. 2 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta, w następujących podmiotach:

- 1) **Szpital Bielański im. Ks. Jerzego Popiełuszki oraz Szpital Wolski im. dr Anny Gotyńskiej w Warszawie** w przedmiocie podejrzenia **naruszenia prawa pacjenta do godności i intymności oraz prawa do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny informacji związanych z pacjentem** poprzez zainstalowanie na Szpitalnym Oddziale Ratownictwa monitoringu. W wyniku kontroli zasugerowano nowe rozwiązania organizacyjne mające zapewnić pełną realizację ustawowych praw pacjenta;
- 2) **Szpital Czerniakowski - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie** w przedmiocie uprawdopodobnienie **naruszenia praw pacjentów do świadczeń zdrowotnych**. Z uwagi na podejrzenie popełnienia przestępstwa – postępowanie w przedmiotowej sprawie prowadzone jest przez Prokuraturę Rejonową Warszawa-Mokotów. Rzecznik oczekuje na informację o wyniku postępowania.
- 3) **XXIII Oddział Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Stanisława Kryzana w Starogardzie Gdańskim**. Kontrola była wszczęta na podstawie niepokojących informacji uzyskanych od Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (pracownika Biura Rzecznika Praw Pacjenta) wykonującego swoje obowiązki w w/w zakładzie oraz brak reakcji ze strony Dyrekcji Szpitala na wielokrotne wystąpienia Rzecznika w sprawie zidentyfikowanych nieprawidłowości. W trakcie kontroli stwierdzono szereg rozbieżności pomiędzy informacjami przekazywanymi przez

Dyrektora Szpitala, a stanem faktycznym. Stwierdzono naruszenia następujących praw pacjenta: do poszanowania intymności i godności, do kontaktu z rodziną, do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością. Zastrzeżenia budziła też zasadność stosowania przymusu bezpośredniego oraz prowadzenie dokumentacji medycznej niezgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Etap realizacji zaleceń pokontrolnych nałożonych na przedmiotowy oddział, został zweryfikowany w roku 2011.

- 4) **Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Belchatowie (I Oddział Psychiatryczny)**. Przyczyną uzasadniającą przeprowadzenie kontroli było uprawdopodobnienie w 2010 r. naruszenia praw pacjenta, w szczególności w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego (w kwestii długości zastosowania izolacji oraz warunków jej stosowania). Działania podjęte przez Biuro pozostawały w związku z niepokojącymi sygnałami zgłaszanymi przez Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w Belchatowie (m.in. w przedmiocie braku działań ze strony Dyrekcji w/w placówki zmierzających do wdrożenia zaleceń pokontrolnych Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii). Konsultant Wojewódzki w podsumowaniu protokołu pokontrolnego wyraźnie stwierdził, iż *„w obecnych warunkach lokalowych i organizacyjnych, Oddział Psychiatryczny I nie daje możliwości bezpiecznej hospitalizacji dla chorych psychicznie agresywnych, samobójczych, hospitalizowanych bez zgody”*. Warto w tym miejscu podnieść, iż w dniu 24 listopada 2010 r. w omawianym Oddziale miał miejsce incydent *poturbowania* Rzecznika przez jednego z pacjentów, co dodatkowo obrazuje niedostateczne zabezpieczenie agresywnych pacjentów hospitalizowanych w Oddziale.

W wyniku działań kontrolnych Biuro stwierdziło naruszenie następujących praw pacjenta:

- a) do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością;
- b) do intymności i godności;
- c) zasadności stosowania przymusu bezpośredniego wynikającego z art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego;
- d) do kontaktu z rodziną, o którym mowa w art. 33 ustawy o prawach pacjenta oraz art. 13 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego;

Uwagi dotyczyły również prowadzenia dokumentacji medycznej niezgodnego z prawem oraz braku działań ze strony Dyrekcji Szpitala odnośnie zabezpieczenia miejsca, gdzie w lutym 2010 r. jeden z pacjentów, popełnił samobójstwo. Pacjent, o którym mowa, został przyjęty do Oddziału po nieudanej próbie samobójczej, natomiast tego samego dnia, w odstępie kilku godzin od przyjęcia, podczas odprawy personelu, (kiedy nadzór nad pacjentami jest ograniczony) powiesił się w łazience. Warto w tym miejscu zauważyć, iż do dnia kontroli nie zostały poczynione żadne kroki organizacyjne, aby wykluczyć możliwość podobnego zdarzenia.

1.7 ZŁOŻENIE WYJAŚNIENÍ

Prowadząc postępowanie wyjaśniające w trybie art. 52 ust. 2 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta, Rzecznik ma prawo żądania złożenia wyjaśnień, przedstawienia akt każdej sprawy prowadzonej przez naczelne i centralne organy administracji państwowej, organy administracji rządowej, organy organizacji pozarządowych, społecznych i zawodowych oraz organy jednostek organizacyjnych posiadających osobowość prawną, a także organy jednostek samorządu terytorialnego i samorządowych jednostek organizacyjnych, jak również samorządów zawodów medycznych. Zdecydowana większość spraw w postępowaniu wyjaśniającym była prowadzone samodzielnie przez Rzecznika i dotyczyła zakładów opieki zdrowotnej tj. szpitali i przychodni.

W 2010 roku w ramach art. 52 ust. 2 pkt 2 Biuro prowadziło **443 sprawy**, które dotyczyły następujących zagadnień:

- 1) **problemy w dostępie do świadczeń zdrowotnych w ramach opieki psychiatrycznej** (konsultacji hematologicznych czy opieki stomatologicznej).
W tych przypadkach nawiązano efektywną współpracę z Konsultantami Wojewódzkimi i Krajowymi.
- 2) **podejrzeń naruszenia praw pacjenta** (do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami pacjentom w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych; do dokumentacji medycznej).
- 3) **rozbieżności pomiędzy złożonymi przez szpital wyjaśnieniami a stanem faktycznym** – ustalonym przez Biuro w trakcie postępowania wyjaśniającego.

Obrazującym powyższe zdarzenie przykładem jest zajście, które miało miejsce w **szpitalu w Stalowej Woli**: podczas rozmowy telefonicznej Pacjenta z pracownikiem

Biura, jedna z pielęgniarek wyrwała pacjentowi słuchawkę wykrzykując, „*iz ma zakaz korzystania z aparatu telefonicznego*”. Sytuacja ta została odnotowana przez pracownika Biura w formularzu zgłoszenia sprawy. W wyjaśnieniach Dyrekcja Szpitala zaprzeczyła opisanemu faktowi. Ponadto, podczas postępowania wyjaśniającego stwierdzono rozbieżności pomiędzy relacją szpitala a zapisami dokonanymi w dokumentacji medycznej tego Pacjenta – odnośnie zasadności zastosowania środka przymusu bezpośredniego w postaci izolacji.

Przykładem działań, o których mowa powyżej jest także sytuacja, w której Rzecznik prowadząc postępowania wyjaśniające pozyskał informacje na temat braku informowania pacjentów o przysługujących im uprawnieniach w postępowaniu wyjaśniającym przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej.

4) wystąpienie do Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w aspekcie udzielenia informacji dotyczącej:

- a) sposobu informowania pacjentów będących pokrzywdzonymi o przysługujących im uprawnieniach (w szczególności, czy organy Naczelnej Izby Lekarskiej opracowały lub planują opracowanie odpowiedniego formularza lub wytycznych dla pokrzywdzonych);
- b) informowania pokrzywdzonych o przeprowadzanych dowodach, takich jak przesłuchanie świadków, obwinionego, biegłych lub specjalistów, prawie zadawania pytań, wystąpienia o dokumentację medyczną;
- c) informowania pokrzywdzonego o wyniku postępowania wyjaśniającego, które nie dostarczyło podstaw do sporządzenia wniosku o ukaranie, w szczególności o możliwości zaznajomienia pokrzywdzonego z materiałami postępowania wyjaśniającego przed wydaniem postanowienia o umorzeniu postępowania, np. celem wskazania nowych dowodów lub wniosków o uzupełnienie postępowania, gdyż art. 73 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 218, poz. 1708, z późn. zm.) wyłącza powyższy obowiązek informacji jedynie w stosunku do obwinionego;
- d) funkcjonowania przepisów dotyczących postępowania mediacyjnego (rozdział 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich), w szczególności: powołania mediatorów, liczby spraw skierowanych do postępowania mediacyjnego, zapewnienia pokrzywdzonym praw wynikających z rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 czerwca 2003 r. w sprawie

postępowania mediacyjnego w sprawach karnych (Dz. U. Nr 108 poz. 1020), sposobu zakończenia spraw skierowanych do postępowania mediacyjnego.

Z odpowiedzi Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej wynika, że obecnie pacjenci będący pokrzywdzonymi informowani są przez podmioty prowadzące postępowanie wyjaśniające w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy o wpłynięciu ich skargi, zarejestrowaniu jej i nadaniu postępowaniu odpowiedniej sygnatury oraz o przysługującym im środkach zaskarżenia. Ponadto, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej rozważa opracowanie zbiorczej informacji dotyczącej procesowych uprawnień pokrzywdzonych (i rekomendowanie stosowania przedmiotowej informacji przez Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej).

Ponadto pokrzywdzeni są informowani o wyniku postępowania wyjaśniającego, które nie dało podstaw do sporządzenia wniosku o ukaranie.

W wyniku wystąpienia Rzecznika Praw Pacjenta, **Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej dostrzegł niedoskonałość obowiązujących obecnie regulacji dotyczących uprawnień pokrzywdzonego w postępowaniu prowadzonym w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy**, zwłaszcza w kontekście cytowanego powyżej art. 112 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich. Ponadto z końcem sierpnia 2010 r. rozpoczął się cykl szkoleń w zakresie postępowania mediacyjnego a większość rad lekarskich Okręgowych Izb Lekarskich powołała już mediatorów.

Naczelny Rzecznik poinformował, że w okresie od 1 stycznia 2010 r. do 30 czerwca 2010 r. przeprowadzono 14 postępowań mediacyjnych, z czego 8 spraw zakończyło się ugodą, jedna pozostawała w toku, w pozostałych przypadkach do ugody nie doszło.

W rezultacie licznych wystąpień Rzecznika Praw Pacjenta poskutkowały tym, iż Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej zwrócił się do wszystkich Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej z prośbą, żeby informowali pokrzywdzonych w kierowanych do nich pismach potwierdzenie wpłynięcia skargi i jej zarejestrowanie, oraz aby Rzecznicy prowadzący postępowanie udzielali im wszelkich informacji o przysługujących uprawnieniach procesowych.

1.8 PRZEDŁOŻENIE INFORMACJI O STANIE SPRAWY

W sytuacji podjęcia sprawy przez Rzecznika Praw Pacjenta, Rzecznik działając na podstawie art. 52 ust. 2 pkt 3 ustawy o prawach pacjenta może zwrócić się o przedłożenie

informacji o stanie sprawy prowadzonej przez sądy, a także prokuraturę i inne organy ścigania oraz żądać wglądu w biurze akt sądowych i prokuratorskich oraz akt innych organów ścigania, po zakończeniu postępowania i zapadnięciu rozstrzygnięcia.

Ze wskazanego powyżej uprawnienia Rzecznik Praw Pacjenta skorzystał w 2010 r. – **57 razy**.

Zdecydowana większość wystąpień Rzecznika Praw Pacjenta dotyczyła toczących się przed prokuraturą postępowań przygotowawczych odnośnie możliwości popełnienia przestępstw określonych w Rozdziale XIX „Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu” ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) przez osoby wykonujące zawód medyczny.

Sprawy prowadzone przez Biuro niejednokrotnie wymagały zapoznania się z aktami postępowań prowadzonych przez inne organy nadzoru i ścigania. Najczęściej zapytania kierowane były do sądów cywilnych oraz administracyjnych.

1.9 ZLECANIE SPORZĄDZANIA EKSPERTYZ I OPINII

W toku samodzielnie prowadzonego postępowania wyjaśniającego, Rzecznik zlecał sporządzanie ekspertyz i opinii przez:

- 1) Konsultantów Wojewódzkich i Krajowych w ochronie zdrowia - w 24 sprawach;
- 2) Katedrę Prawa Karnego Porównawczego Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego;
- 3) Polskie Towarzystwo Psychiatryczne;
- 4) Ministerstwo Zdrowia;
- 5) Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Warszawie.

Powodem kierowania wystąpień do Konsultantów Krajowych i Wojewódzkich było uzyskanie opinii dotyczących już udzielonych świadczeń zdrowotnych bądź prośba o wskazanie propozycji odnośnie dalszego leczenia. Podkreślić należy, że Rzecznik Praw Pacjenta w swoich wystąpieniach zwracał się także o wyrażenie opinii, czy w przypadku danego pacjenta uzasadnione byłoby udzielanie świadczeń zdrowotnych poza granicami kraju, czy też świadczenia zdrowotnego danego rodzaju mogłyby zostać udzielone przez krajowe zakłady opieki zdrowotnej. Dzięki takim działaniom, udało się wpłynąć na poprawę jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpitale i inne placówki.

1.10 UDZIAŁ NA PRAWACH PROKURATORA W SPRAWACH CYWILNYCH

W 2010 r. Biuro nie żądało wszczęcia postępowania, ani nie brało udziału w toczącym się postępowaniu na prawach przysługujących prokuratorowi w sprawach cywilnych dotyczących naruszenia praw pacjenta. Rzecznik Praw Pacjenta, jako organ władzy publicznej, jest obowiązany postępować zgodnie z wyrażoną w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, zasadą pomocniczości (subsydiarności). Należy zatem zwrócić uwagę, że *„Rzecznik nie zastępuje i nie wyłącza obywateli w prowadzeniu ich spraw, a więc nie świadczy usług typowo adwokackich. Działania interwencyjne podejmuje dopiero wówczas, gdy wnioskodawca wykorzystał przysługujące mu przewidziane prawem środki działania i pomimo to w dalszym ciągu uważa, iż jego sprawa została załatwiona z naruszeniem praw i wolności. Dotychczasowa praktyka wskazuje, iż wnioskodawcy często występują do Rzecznika w sprawach, w których w dalszym ciągu mają pełną możliwość korzystania z powszechnie dostępnych środków prawnych (odwołanie od decyzji administracyjnej, skarga do sądu administracyjnego, apelacja od orzeczenia sądu pierwszej instancji itp.)”*(tak: Stanisław Trociuk, w: Komentarz do art. 11 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich, LEX). Pomimo że powyższy cytat odnosi się do instytucji Rzecznika Praw Obywatelskich, jednakże z całą pewnością, ze względu na analogiczną funkcję, którą obydwa organy pełnią, zachowuje aktualność w odniesieniu do instytucji Rzecznika Praw Pacjenta.

Niezależnie od powyższego należy podkreślić, iż w odpowiedziach kierowanych na wystąpienia pacjentów w przedmiocie dochodzenia roszczeń cywilnych, wskazywało pacjentom przysługujące im środki prawne dochodzenia roszczeń na drodze cywilnej.

1.11 OPRACOWYWANIE I PRZEDKŁADANIE RADZIE MINISTRÓW PROJEKTÓW AKTÓW PRAWNYCH DOTYCZĄCYCH PRAW PACJENTA

W 2010 r. Biuro nie opracowywało i nie przedkładało Radzie Ministrów projektów aktów prawnych dotyczących ochrony praw pacjenta w trybie art. 47 ust. 1 pkt 6 ustawy. Należy podkreślić, że Ministerstwo Zdrowia przygotowało pakiet ustaw w zakresie ochrony zdrowia, które uzyskały poparcie i akceptację Biura, dlatego też działalność Biura skupiła się na współpracy w przedmiotowym zakresie.

1.12 WYSTĘPOWANIE DO WŁAŚCIWYCH ORGANÓW Z WNIOSKAMI O PODJĘCIE INICJATYWY USTAWODAWCZEJ

W roku 2010 Rzecznik Praw Pacjenta 14 razy występował z wnioskiem o podjęcie inicjatywy ustawodawcze, które dotyczyły m. in.:

- 1) **rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2005 r. w sprawie pisemnego zgłoszenia urodzenia dziecka** (Dz. U. z 2005 r., Nr 27 poz. 232);
- 2) **rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie wzoru karty zgonu i sposobu jej wypełniania** (Dz. U. z 2001 r., Nr 153, poz. 1782 ze zm.)
 - w związku z licznymi skargami od pacjentów, dotyczących braku wpisu płci dziecka martwo urodzonego w dokumencie pisemnego zgłoszenia urodzenia dziecka oraz w karcie zgonu;
- 3) **wystąpienia do Ministerstwa Zdrowia o rozważenie możliwości przedłużenia finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia pomp insulinowych** wraz z comiesięcznym zestawem infuzyjnym - do osobistych pomp insulinowych - dla osób powyżej 18 roku życia, które zachorują na cukrzycę (pod warunkiem kontynuowania nauki). **Ministerstwo Zdrowia podjęło decyzję o refundacji pomp insulinowych dla pacjentów do 26 roku życia.**
- 4) **wystąpienia do Ministerstwa Zdrowie z wnioskiem o rozważenie objęcia leczeniem preparatem interferon beta pacjentów poniżej 16 roku życia.** Ministerstwo Zdrowia zadeklarowało obniżenie wieku kwalifikującego pacjentów do stwardnienia rozsianego w ramach przygotowywanych zmian programu zdrowotnego w przedmiotowym zakresie. Ministerstwo przekazało projekt programu do oceny Agencji Oceny Technologii Medycznych, celem wydania przez nią odpowiednich rekomendacji.
- 5) **wystąpienie do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o nowelizację rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.** (Dz. U. 09.Nr 140, poz.1145) w zakresie możliwości przedłużania rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego powyżej 120 dni w roku kalendarzowym. Zostało ono zmienione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2010 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 10. Nr 115, poz.774). Czas trwania rehabilitacji dla

tej grupy świadczeniobiorców w ośrodku lub oddziale dziennym został w przypadku uzasadnionym względami medycznymi, koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ponadto Biuro Rzecznika Praw Pacjenta bierze również czynny udział w pracach legislacyjnych nad aktami prawnymi w zakresie prawa pacjenta, zgłaszając uwagi do przedstawionych projektów i wnosząc o wprowadzenie sugerowanych przez Rzecznika zmian. Jako przykład należy wskazać **udział przy tworzeniu regulacji dotyczącej dochodzenia roszczeń odszkodowawczych za wypadki medyczne przy pomocy Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta**. Rzecznik wniósł między innymi o:

- 1) rozszerzenie katalogu przypadków, w których przysługuje pacjentowi sprzeciw o przypadki tzw. wypadków szpitalnych (np. związanych z niewłaściwym nadzorem nad pacjentem), tj., gdy nie można winy w nadzorze przedstawić konkretnemu pracownikowi personelu podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych (np. niewłaściwe zabezpieczenie hospitalizowanego pacjenta, który z powodu braku barierek spadł z łóżka);
- 2) uregulowanie możliwości dochodzenia odszkodowania przez spadkobierców, z uwagi na brak legitymacji do momentu formalnego nabycia spadku, może wydłużyć okres potrzebny do dochodzenia roszczeń przez spadkobierców. Aby umożliwić rodzinie realizację przedmiotowego uprawnienia konieczna byłaby również zmiana przepisów w zakresie dostępu do dokumentacji medycznej (tak aby prawo dostępu do dokumentacji medycznej posiadali członkowie najbliższej rodziny pacjenta (zstępnych i wstępnych), pod warunkiem, iż pacjent nie wyraził w tym zakresie sprzeciwu);
- 3) jednolitego w skali kraju formularza dochodzenia roszczeń odszkodowawczych, który w swojej części formularza odniósł by się do zgłoszonych zarzutów.

- powyższe Rzecznik podniósł przy opiniowaniu projektu ustawy zmieniającej ustawę *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 ze zm.). Propozycje zostały częściowo uwzględnione, a ustawa 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, która została opublikowana w Dz. U. Nr 113, poz. 660 wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2012 r.

1.13 OPRACOWYWANIE I WYDAWANIE PUBLIKACJI

W 2010 r. Rzecznik Praw Pacjenta podejmował szereg działań w zakresie dotyczącym popularyzowania wiedzy o prawach pacjenta, a także współpracy z organizacjami pozarządowymi, które realizują cele dotyczące ochrony praw pacjenta.

Ponieważ urząd Rzecznika Praw Pacjenta został powołany w dniu 21 maja 2009 r., istotne było utworzenie i opublikowanie Biuletynu Informacji Publicznej. Oficjalnie rozpoczęto udostępnianie informacji publicznej na stronie www.bpp.gov.pl/bip/html.

1.13.1 Współpraca z jednostkami publicznymi i organizacjami pozarządowymi promująca ochronę praw pacjentów.

Rzecznik Praw Pacjenta podejmował współpracę z organami władzy publicznej w celu zapewnienia pacjentom przestrzegania ich praw. Jako przykłady można wskazać:

- 1) **wystąpienie Rzecznika i spotkanie** w październiku 2010 r. z Ministrem Zdrowia Ewą Kopacz, Rzecznikiem Praw Obywatelskich prof. Ireną Lipowicz oraz Rzecznikiem Praw Dziecka Markiem Michalakiem **w sprawie Europejskiej Karty Praw Dziecka w Szpitalu;**
- 2) **współpracę z Naczelną Izbą Lekarską.** W maju 2010 r. na spotkaniu omówiono rolę i zasady działania Biura Rzecznika Praw Pacjenta w kontekście skarg pacjentów na postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej;
- 3) spotkanie z lekarzami z Kirgizji, w ramach Międzynarodowej Letniej Szkoły Praw Człowieka zorganizowanej przez **Helsińską Fundację Praw Człowieka;**
- 4) **wystąpienie w charakterze prelegenta** podczas debaty "Zdrowie nie dla każdego - dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce" zorganizowanej przez Helsińską Fundację Praw Człowieka w ramach 10 Międzynarodowego Festiwalu Filmowego WATCH DOCS;
- 5) **udział w charakterze prelegenta konferencji** pt. „Zmiany w ochronie zdrowia 2010” zorganizowanej przez Dziennik Gazetę Prawną oraz Health Project Management, Rzecznik prezentował zagadnienia związane z ochroną praw pacjentów;

- 6) **udział** w Forum Debaty Publicznej pt. "Solidarne Społeczeństwo". Tematem spotkania zorganizowanego przez Kancelarię Prezydenta RP z udziałem Prezydenta Bronisława Komorowskiego była jakość kształcenia kadr medycznych w Polsce w odniesieniu do projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
- 7) **współpraca z Fundacją – Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy**. Biuro, promując tym samym instytucję i prawa pacjenta, przekazało w 2010 r. materiały promocyjne celem ich zlicytowania w styczniu 2011 r. Działania miały na celu wsparcie inicjatywy Fundacji w kierunku pomocy dzieciom z chorobami urologicznymi i nefrologicznymi;

W 2010 r. **Rzecznik Praw Pacjenta został wyróżniony** za swoją działalność na rzecz ochrony praw pacjentów. Krystyna Barbara Kozłowska została uznana za jedną ze 100 najbardziej wpływowych osób w ochronie zdrowia w Polsce w 2010 r. Ranking zorganizował Medicine Today Poland - wydawca "Pulsu Medycyny" i "Pulsu Farmacji". W październiku 2010 r. Rzecznik Praw Pacjenta został nagrodzony statuetką "Orła Sukcesu Koźmińskiego" w kategorii: służba publiczna przez Akademię Leona Koźmińskiego w Warszawie.

Ponadto, Rzecznik Praw Pacjenta oraz pracownicy Biura w 2010 r. aktywnie przekazywali wiedzę na temat ochrony praw Pacjenta w trakcie następujących przedsięwzięć:

- 1) seminarium pt. „Prawa osób zagrożonych wykluczeniem społecznym” - Urzędu Dzielnicy Żoliborz m.st. Warszawy wraz z Ośrodkiem Pomocy Społecznej Dzielnicy Żoliborz, które odbyło się w ramach obchodów Europejskiego Roku Walki z Ubóstwem i Wykluczeniem Społecznym;
- 2) cyklicznych debat pt. „Czwartkowe Obiady u Diabetyków”, organizowanych przez magazyn medyczny „Cukrzyca a Zdrowie”;
- 3) konferencja pt. „Determinanty prawne i socjologiczne funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce” organizowana przez Katedrę Prawa Cywilnego Wydziału Prawa Uniwersytetu w Białymstoku;
- 4) seminarium pt. ”Prawa pacjenta jako element profesjonalizmu położnej” organizowane przez Fundację Rodzić po Ludzku;
- 5) konferencja naukowa pt. „Wyrównywanie szans przez zwiększenie skuteczności i efektywności leczenia – Nowe wyzwania dla promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej” organizowana przez Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej;

- 6) konferencja naukowo - szkoleniowa XIII Forum Prawniczo – Medyczne zorganizowana przez Instytut Problemów Ochrony Zdrowia, gdzie szczególnej dyskusji został poddany projekt nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 7) XVII Konferencja „Człowiek żyjący z HIV w rodzinie i społeczeństwie” organizowana przez Polską Fundację Pomocy Humanitarnej Res Humanae;
- 8) III edycja warsztatów naukowo – szkoleniowych z cyklu „Quo vadis medicina?” pt. Choroby zakaźne i ich powikłania”;
- 9) konferencja „Prawo i medycyna. Prawa pacjenta” organizowana przez Europejskie Stowarzyszenie Studentów Prawa ELSA – wykład na temat perspektyw budowania systemu bezpieczeństwa pacjenta w oparciu o rozwiązania europejskie.

Ponadto, warto wspomnieć, iż Kierownik Zespołu Interwencyjno – Poradniczego w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, jako przedstawiciel Rzecznika Praw Pacjenta został członkiem Rady Informatyzacji Ochrony Zdrowia. Rada powołana została zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2010.

1.13.2 Działalność promocyjno - medialna popularyzująca wiedzę o ochronie praw pacjenta.

Celem wszystkich podejmowanych działań promocyjnych, medialnych i edukacyjnych jest, i będzie także w przyszłości, wzrost wiedzy obecnych i potencjalnych pacjentów zarówno w zakresie przysługujących im praw, jak i podniesienie świadomości o istnieniu centralnego organu administracji rządowej stojącego na straży praw pacjentów. Tym samym w październiku 2010 r. Rzecznik Praw Pacjenta zainaugurował ogólnopolską kampanię promocyjno – informacyjną pt. **„Pacjencie, czy znasz swoje prawa?”** w związku z pierwszą rocznicą działalności.

Poniżej prezentujemy ulotkę promocyjno – informacyjną:

MASZ PRAWO DO:

10. Zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza

Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia lekarza, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa. Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od wydania opinii lub orzeczenia.

Zbiorowe prawa pacjentów

Zbiorowym prawem pacjentów nie jest suma praw indywidualnych. Zbiorowe prawa przysługują nieograniczonej grupie osób. Taką grupą mogą być np. mieszkańcy danej gminy czy województwa, do których są adresowane programy zdrowotne, a także wszyscy pacjenci korzystający ze świadczeń określonego zakładu opieki zdrowotnej.

Zbiorowe prawa pacjentów są naruszane poprzez:

- 1) nieprawidłowe zorganizowane działania lub zaniechania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych;
- 2) stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu zorganizowane wśród przepisom o rozwiązywaniu sporów zbiorowych skrajnie protestacyjnej lub strajku przez organizatora strajku.

Celem takich działań jest pozbawienie praw pacjentów lub ograniczenie tych praw, w szczególności podejmowane dla osiągnięcia korzyści majątkowej.



Biuro Rzecznika Praw Pacjenta

Jeśli Twoje prawa zostały naruszone ZADZWOŃ

Bezpłatna Infolinia czynna pn. – pt. w godz. 9.00 – 21.00
800 190 390
z tel. komórkowych (opłata według stawek operatora)
22 833 06 85
22 835 59 98

Informacji na infolinii udzielają specjaliści z zakresu ochrony zdrowia oraz prawnicy.

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta
al. Zjednoczenia 25
01-829 Warszawa
sekretariat@bpp.gov.pl
www.bpp.gov.pl

Pacjencie, czy znasz swoje prawa?

Jeśli jesteś w sytuacji, w której zakład opieki zdrowotnej lub personel udzielający świadczeń zdrowotnych w placówkach publicznych lub prywatnych, naruszył Twoje prawa – zgłoś się do Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

Kim jest pacjent?

To każda osoba mająca kontakt ze świadczeniami służby zdrowia, niezależnie od tego czy jest zdrowa, czy chora.



Rzecznik Praw Pacjenta

Rzecznik Praw Pacjenta jest centralnym organem administracji ogólnej, Zasadniczym Urzędem państwa z dnia 8 listopada 2008 roku powołany przez Prezesa Rzeczniika Praw Pacjenta. W ustawie zostały określone (zakres w tej ulotce) prawa pacjenta. Rzecznik Praw Pacjenta realizuje swoje zadania przy pomocy Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

na naszej stronie: www.bpp.gov.pl

Rysunek 2 Ulotka informacyjna – strona zewnętrzna

PAMIĘTAJ, ŻE MASZ PRAWO DO:

1. Świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną

W sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, masz prawo do jasnej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych procedury udzielającej koynwencji dostępu do tych świadczeń.

Twoje prawo zostało naruszone jeśli np.:

- zgłaszasz się telefonicznie do placówki ochrony zdrowia chcąc zapisać się na wizytę do lekarza. Uzyskujesz informację, że zapisać się możesz tylko u ościelce,
- zgłaszasz się do szpitala ze skierowaniem od lekarza z prywatnej placówki ochrony zdrowia. Na łdzie przyjęt odmawiają ci zakwalifikowania skierowania, bo nie jest wystawione przez lekarza skierowania zdrowotnego.

4. Wyrzucenia zgody albo odmowy na udzielenie świadczeń zdrowotnych

W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko, zgodę należy wyrazić w formie pisemnej. Zabieg lub leczenie mogą być przeprowadzone bez twojej zgody tylko w sytuacji kiedy znajdujesz się w stanie nagłego zagrożenia życia i zdrowia.

Twoje prawo zostało naruszone jeśli np.:

- pracownik medyczny odstąpił ci świadczenia medycznego np. wykonał zabieg operacyjny bez poinformowania o rodzaju zabiegu, zastosowanej metodzie oraz możliwych powikłaniach.

2. Informacji o swoim stanie zdrowia

Możesz zażądać od lekarza, aby udzielił ci informacji w sposób zrozumiały. Masz prawo pytać i zadawać dodatkowe pytania. Jeśli nie chcesz być informowany o swojej sytuacji zdrowotnej, masz prawo z tych informacji zrezygnować. Masz prawo upoważnić szpital do poinformowania osób bliskich lub wskazanych instytucji o naszym pogorszeniu twojego stanu zdrowia lub o natchemiasłowej konieczności przesłania- portowania do innego świadczeniiodawcy. Pamiętaj, że pacjent może udzielić takiego spowiadzenia już w chwili przyjęcia do szpitala lub w trakcie pobytu. Szpital jest zobowiązany wypełnić wolę pacjenta.

Twoje prawo zostało naruszone jeśli np.:

- osoba udzielająca ci świadczeń zdrowotnych odmówiła udzielenia informacji o metodzie leczenia, rokowaniach oraz o innych alternatywnych sposobach leczenia,
- pracownicy medyczni nie poinformowali się o przewidywanych skutkach zastosowania określonych procedur medycznych.

5. Poszanowania intymności i godności w szczególności w czasie udzielania ci świadczeń zdrowotnych

Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpien.

Twoje prawo zostało naruszone jeśli np.:

- byłeś przyjęty w gabinecie wraz z kilkoma innymi osobami. Każdy pacjent powinien być przyjmowany pojedynczo i mieć możliwość przygotowania się do badań w osobnym (oszczędnym) miejscu.

3. Zachowania przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych tajemnicy informacji związanych z twoim leczeniem

Twoje prawo zostało naruszone jeśli np.:

- lekarz (pielęgniarka) lub inny pracownik medyczny ujawnił dane dotyczące twojego leczenia osobie nieupoważnionej przez ciebie,
- lekarz przekazał dokumentację medyczną osobie przez ciebie nieupoważnionej.

6. Dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną oraz zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji. Dokumentacja udostępniana jest pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. W przypadku śmierci pacjenta prawo to ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia. Dokumentacja medyczna jest udostępniana do wyjątku w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych oraz poprzez sporządzenie jej odpłatnych wyciągów, odpisów lub kopii na koszt pacjenta. Jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez pacjenta upoważnionej. Dokumentację możesz uzyskać wnioskując do osoby zarządzającej zakładem opieki zdrowotnej.

7. Poszanowania życia prywatnego i rodzinnego

Twoje prawo zostało naruszone jeśli np.:

- lekarz odmawia ci wydania krótkopiętnej dokumentacji medycznej zawierającej, że to jego własność.

Pamiętaj, że jako pacjent, wymagający całonocnych lub całodziennej świadczeń zdrowotnych, masz prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami. Masz prawo do opieki osoby bliskiej. Koszty związane ze sprawowaniem tej opieki nie mogą pokrywać zakładu opieki zdrowotnej. Dlatego też za obecność osoby bliskiej musisz ponieść dodatkową koszt.

Twoje prawo zostało naruszone jeśli np.:

- twoje dziecko przebywa na oddziale dziecięcym, a lekarz dyżurny nie chce, aby z nim przebywał np. w porze nocnej. Jeśli nie ma innych przyczyn (typu epidemicznego lub organizacyjnego), powineni uszywać zgodę,
- jeśli podczas udzielania świadczeń pracownik medyczny komentuje twoje zachowanie, postawę, styl życia w sposób łobie uwielający i porażający.

8. Opieki duszpasterskiej

W zakładzie opieki zdrowotnej przemieszczonym dla osób wymagających całonocnych lub całodziennej świadczeń zdrowotnych, masz prawo do opieki duszpasterskiej. W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia zakład opieki zdrowotnej jest zobowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchowym jego wyznaniem. Koszty realizacji prawa do opieki duszpasterskiej ponosi zakład opieki zdrowotnej.

9. Przechowywania rzeczy wartościowych w depozytycie

Koszty realizacji tego prawa ponosi zakład opieki zdrowotnej. Zakład ma obowiązek sprawować pieczę nad rzeczami wartościowymi pacjenta.

Twoje prawo zostało naruszone jeśli np.:

- twoje rzeczy zostaną nieprawidłowo przechowane w wyniku czego dojdzie do ich uszkodzenia, zniszczenia lub zaginięcia.

Więcej o prawach pacjenta na naszej stronie: www.bpp.gov.pl

Rysunek 3 Ulotka informacyjna – strona wewnętrzna

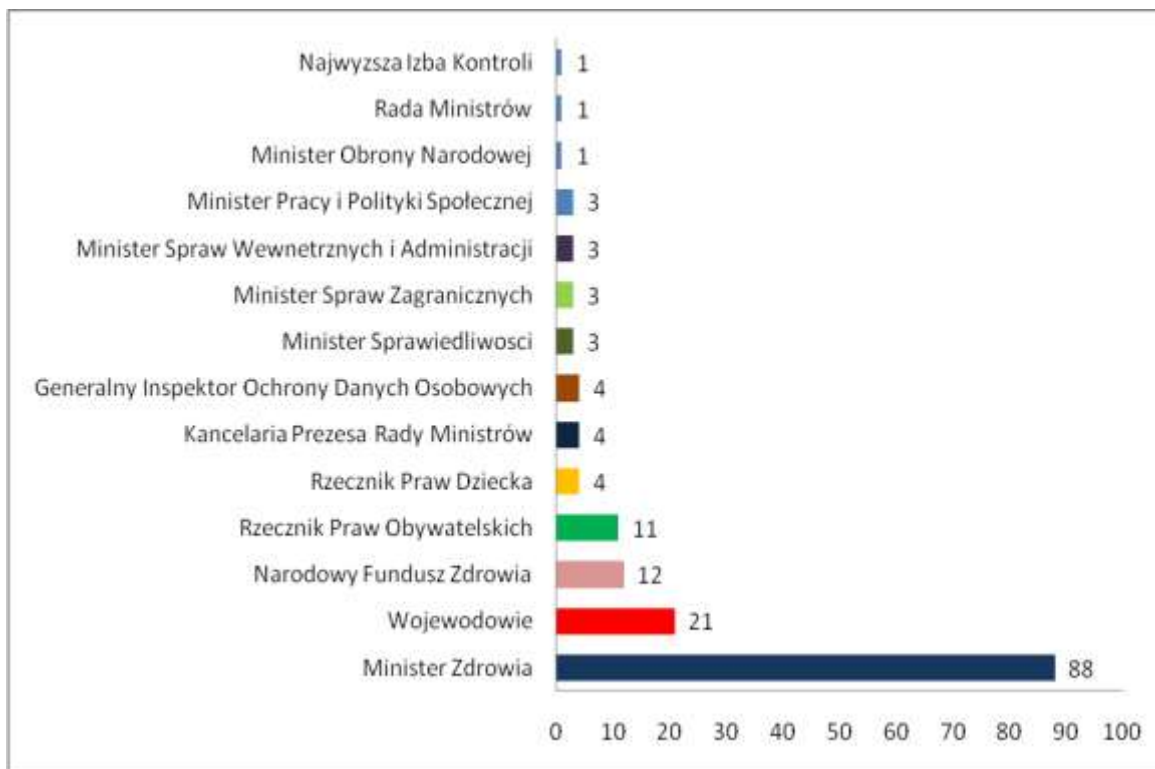
35

Materiały informacyjno – promocyjne w formie ulotek, w ilości po kilkaset sztuk w zależności od liczebności miejscowości, zostały rozesłane do wszystkich gmin w Polsce tj. blisko do 2500 jednostek administracji samorządu terytorialnego. Rzecznik zwrócił się do wszystkich samorządów gminnych z prośbą o dystrybucję materiałów wśród mieszkańców, jak również o zamieszczenie przesłanych informacji na prowadzonych stronach internetowych. Te formy zarządzania informacją okazały się niebywale skuteczne a w efekcie znacznie wzrosło zainteresowanie samymi prawami przysługującymi pacjentom, jak też instytucją Rzecznika Praw Pacjenta, stroną internetową Biura – www.bpp.gov.pl oraz liczba spraw kierowanych na bezpłatną ogólnopolską infolinię. Zaobserwowano też wzrost liczby pytań dziennikarskich dotyczących instytucji Rzecznika oraz praw pacjenta. Innym rezultatem prowadzonych działań promocyjnych było nawiązanie bliższej współpracy z niektórymi miastami, co jest kontynuowane.

W 2010 r. miały miejsce wstępne rozmowy i ustalenia Rzecznika Praw Pacjenta z przedstawicielami Warsztatu Terapii Zajęciowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie dotyczące planowanego zawarcia w 2011 r. porozumienia o współpracy. Współpracę nawiązano biorąc pod uwagę ustawowe zadania Rzecznika Praw Pacjenta z zakresu popularyzowania wiedzy o ochronie praw pacjenta oraz współpracy z innymi organizacjami, a także realizowane zadania przez Warsztat Terapii Zajęciowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej uczestników terapii zajęciowej w środowisku. Jednym z efektów ustaleń było zaplanowanie na wiosnę 2011 wspólnego zorganizowania w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta wystawy prac plastycznych uczestników warsztatu.

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

W 2010 roku Biuro Rzecznika Praw Pacjenta 159 razy podejmowało współpracę z organami władzy publicznej, w szczególności z Ministrem Zdrowia, w celu zapewnienia pacjentom przestrzegania ich praw. Współpraca dotyczyła takich organów jak:



Wykres 8 Współpraca RPP z innymi organami

Współpraca z Ministerstwem Zdrowia przebiegała w następujących formach:

- 1) **uzgodnień międzyresortowych projektów aktów prawnych**, w tym m. in.: ustawy *o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym* i ustawy *o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw*; rozporządzeń Ministra Zdrowia, m.in. w sprawie: *wykazu chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością; sposobu stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego oraz oceny zasadności jego zastosowania*;
- 2) **udzielaniu przez Ministerstwo Zdrowia informacji** dot. m. in.: pobierania przez Samodzielne Publiczne i Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej dodatkowych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia medyczne oraz z tytułu świadczeń towarzyszących; interpretację przepisów dotyczących całkowitego zakazu palenia tytoniu na terenie zakładów opieki zdrowotnej;
- 3) **rozszerzenia możliwości kontynuowania leczenia w ramach chemioterapii niestandardowej** po wejściu w życie Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 65/2009/DGL. W odpowiedzi Ministerstwo Zdrowia wskazało,

że świadczenie chemioterapii niestandardowej zostało zwiększone w stosunku do roku poprzedniego. Pacjenci zakwalifikowani do leczenia chemioterapią niestandardową mogli kontynuować leczenie;

- 4) **wprowadzenia blankietów dla pacjentów zażywających leki przeciwzakrzepowe.** Biuro uzyskało stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie kardiologii, Krajowego Centrum Krwi oraz Dyrektora Instytutu Kardiologii w Aninie. Po uzyskaniu stanowiska Rzecznik zwrócił się do Ministerstwa Zdrowia czy możliwe jest działanie w tym zakresie. Ministerstwo poinformowało, że prowadzone są prace nad wprowadzeniem w ramach Projektu P1 Elektronicznej Platformy Gromadzenia Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zasobach Medycznych, w których gromadzone będą dane ratunkowe oraz informacje o schorzeniach. W bazie będą znajdować się informacje dotyczące pacjenta;
- 5) **włączenia świadczenia zdrowotnego - fotodynamiczna terapia nowotworów do wykazu świadczeń gwarantowanych,** aktualnie opracowywana jest dokumentacja AOTM o wydanie rekomendacji w/s zakwalifikowania przedmiotowego świadczenia jako gwarantowane;
- 6) **udzielania przez Rzecznika Ministerstwu informacji,** np. w przedmiocie sprzeciwów, o których mowa w art. 31 ustawy o prawach, działań podejmowanych przez Biuro w celu zwiększenia dostępności do świadczeń zdrowotnych osób starszych, czy kampanii promocyjno – informacyjnej pt: „Pacjencie, czy znasz swoje prawa?”;
- 7) **prowadzeniu wspólnych kontroli,** m. in. w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu;
- 8) **współpracy w ramach grupy roboczej,** której celem było opracowanie zasad postępowania medycznego w przypadku niskiej tolerancji przez kobietę bólu porodowego.

Główne formy współpracy z Ministrem Sprawiedliwości dotyczyły **uczestnictwa w procesie uzgodnień międzyresortowych** projektów:

- a) rozporządzenia w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności;
- b) rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w zakładach opieki zdrowotnej dla osób

pozbawionych wolności czy rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. z 2011 r., Nr 1, poz. 2).

Współpraca z Generalnym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych dotyczyła udzielenia informacji na temat ochrony danych osobowych pacjentów w przypadku potwierdzenia prawa do świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, wprowadzenia zmian do regulacji dotyczących dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta, postępowania w przypadku zagubienia dokumentacji medycznej przez zakład opieki zdrowotnej czy legalności wywieszania na drzwiach gabinetów lekarskich list z imieniem i nazwiskiem pacjenta wraz z godziną wizyty.

Współpraca z Narodowym Funduszem Zdrowia dotyczyła m. in.: wystawiania zleceń na bezpłatny transport sanitarny, dokumentów potwierdzających ubezpieczenie zdrowotne, pobierania dodatkowych opłat od świadczeniobiorców przez zakłady opieki zdrowotnej.

Współpraca z Wojewodami dotyczyła m. in.: wprowadzenia takich zasad organizacji zapisów na wizyty w zakładach opieki zdrowotnej, aby dane osobowe dotyczące pacjentów nie były udostępniane osobom do tego nieupoważnionym oraz ze szczególnym zwróceniem uwagi na prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności oraz przekazania przez wojewodów informacji na temat pobierania opłat od pacjentów, wobec których sprawowana jest dodatkowa opieka pielęgnacyjna przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej na terenie poszczególnych województw. Podjęto również działania w zakresie honorowania uprawnień w uzyskiwaniu świadczeń zdrowotnych kombatantów, osób represjonowanych, inwalidów wojennych, cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych, zasłużonych honorowych dawców krwi i zasłużonych dawców przeszczepu.

Szczególnego podkreślenia wymaga współpraca z **Ministerstwem Spraw Zagranicznych oraz Pełnomocnikiem Ministra Spraw Zagranicznych do spraw postępowań przed międzynarodowymi organami ochrony praw człowieka** w zakresie instytucji sprzeciwu, o której mowa w art. 31 ustawy o prawach oraz Rzecznikiem Praw Obywatelskich i Rzecznikiem Praw Dziecka w przedmiocie zastosowania obowiązujących przepisów dotyczących wyrażania zgody na świadczenie zdrowotne oraz w sprawach indywidualnych prowadzonych przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta.

W dniach 12 – 13 października 2010 r. Komitet Praw Człowieka ONZ w Genewie rozpatrzył VI Sprawozdanie okresowe Rzeczypospolitej Polskiej z realizacji postanowień

Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych. Tekst sprawozdania, list of issues oraz odpowiedzi Rządu są dostępne na stronie internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości w zakładce Prawa człowieka – ONZ i prawa człowieka – Sprawozdania.

Zakres tematyczny poruszanych kwestii – odzwierciedlający zakres praw gwarantowanych w Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych – był bardzo szeroki. Dla zapewnienia możliwości niezwłocznego udzielenia Komitetowi dokładnych odpowiedzi delegacja polska była stosunkowo liczna (21 osób) a delegacji towarzyszyli: reprezentanci Biura Rzecznika Praw Obywatelskich oraz Biura Rzecznika Praw Dziecka (jako przedstawiciele instytucji niezależnych nie weszli oni w skład delegacji rządowej).

Jednym z głównych tematów zainteresowania członków Komitetu były kwestie:

- postępowanie w sprawie sprzeciwu pacjenta od decyzji lub orzeczenia lekarza,
- przerywania, w tym nielegalnego, ciąży,
- dostęp do badań prenatalnych oraz środków antykoncepcyjnych.

Komitet powitał z zadowoleniem złożenie, zgodnie z wytycznymi szóstego sprawozdania okresowego Rzeczypospolitej Polskiej oraz zawarcie w tym sprawozdaniu informacji na temat szeregu środków podjętych w związku z obawami wyrażonymi w poprzednich uwagach końcowych Komitetu (CCPR/CO/82/POL). Ponadto Komitet przyjął także z zadowoleniem dialog, który przeprowadził z delegacją wysokiego szczebla, szczegółowe odpowiedzi pisemne (CCPR/C/POL/Q/6/Add.1) przedstawione w odpowiedzi na pytania dodatkowe Komitetu (list of issues), oraz dodatkowe informacje i wyjaśnienia dostarczone przez RP podczas rozpatrywania sprawozdania.

Należy podkreślić, że w trakcie obrony VI Sprawozdania okresowego Rzeczypospolitej Polskiej z realizacji postanowień Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych **przedstawiciele Rzecznika Praw Pacjenta przedłożyli także szczegółowe informacje nt. procedury sprzeciwu**, która została wprowadzona do polskiego systemu prawnego ustawą o prawach pacjenta. Warto w tym miejscu podkreślić, że Komisja Lekarska, która działa w rzeczonym zakresie wydaje swoje orzeczenie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia wniesienia sprzeciwu. W odpowiedzi na pytanie dotyczące ilości sprzeciwów, które zostały rozpoznane przez Komisję Lekarską, przedstawiciele Biura wyjaśnili, że do dnia 13 października 2010 r. żaden sprzeciw nie został rozpoznany, ponieważ wpłynął tylko jeden wniosek pacjenta, który dotyczył postawionej diagnozy, a przepisy prawa przewidują procedurą odwoławczą w rzeczonym zakresie, w związku z tym powołanie

Komisji Lekarskiej nie byłoby uzasadnione. Bez względu na powyższe informacje dotyczące procedury sprzeciwu są przekazywane pacjentom w każdym przypadku, w którym pojawiają się pytania w przedmiotowym zakresie lub wątpliwości.

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

Z przedmiotowego uprawnienia Rzecznik Praw Pacjenta skorzystał w 2010 r. **99 razy**. Swoje oceny i wnioski Rzecznik Praw Pacjenta kierował między innymi, do:

- 1) Ministerstwa Obrony Narodowej;
- 2) Ministerstwa Sprawiedliwości;
- 3) Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji;
- 4) Ministerstwa Zdrowia;
- 5) Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej;
- 6) Wojewodów;
- 7) Marszałków Sejmików Wojewódzkich;
- 8) Konsultantów Wojewódzkich i Krajowych;
- 9) zakładów opieki zdrowotnej (publicznych i niepublicznych);
- 10) Rektorów Uczelni Medycznych w związku z ich kompetencjami dotyczącymi tworzenia zakładów opieki zdrowotnej.

Kierowane wnioski i oceny dotyczyły przede wszystkim:

- 1) interpretacji regulacji prawnych zawartych w ustawie o prawach pacjenta (tj.: posiadanie telefonów komórkowych w oddziałach zamkniętych, przymusowego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, przeszukiwania rzeczy osobistych pacjentów podczas ich nieobecności);
- 2) wzmocnienia ochrony danych osobowych pacjentów;
- 3) wzmocnienie ochrony prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności;
- 4) zainicjowania szeroko zakrojonej współpracy mającej na celu wzmocnienie przestrzegania praw pacjentów na terenie wszystkich województw oraz współpracę na płaszczyźnie legislacyjnej.

1.16 WSPÓLPRACA Z ORGANIZACJAMI POZARZĄDOWYMI, SPOŁECZNYMI I ZAWODOWYMI, DO KTÓRYCH CELÓW STATUTOWYCH NALEŻY OCHRONA PRAW PACJENTA

W ramach realizacji kompetencji ustawowej Rzecznik Praw Pacjenta współpracował z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, których działalność, przynajmniej w częściowym zakresie, związana była z ochroną praw Pacjenta (sensu largo). Z przedmiotowej kompetencji Rzecznik Praw Pacjenta skorzystał w 2010 r. **12 razy**.

Organizacje, z którymi Rzecznik współpracował w 2010 r. to m.in.:

- 1) **Komisja Międzyzakładowa Pracowników Służby Zdrowia NSZZ „Solidarność”** oraz **Międzyzakładowy Związek Zawodowy Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej w Lublinie** w zakresie wykonywania kompetencji Rzecznika Praw Pacjenta oraz rozdziału kompetencji między Rzecznikiem Praw Pacjenta, a pełnomocnikami ds. praw pacjenta w zakładach opieki zdrowotnej. W związku z prowadzoną korespondencją i dostrzeżonym problemem Rzecznik Praw Pacjenta przeprowadził ogólnopolską współpracę z organami władzy publicznej, mającą na celu rozwiązanie analogicznych problemów w przyszłości;
- 2) **Sekcja Toksykologii Klinicznej Oddziału Regionalnego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w Gdańsku;**
- 3) **Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny** w związku ze współpracą przy kampanii społeczno – informacyjnej, której celem było rozpropagowanie instytucji sprzeciwu od opinii lub orzeczenia lekarza;
- 4) **Polmed – Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych** w kwestii, czy nie naruszone jest poszanowanie prawa tajemnicy lekarskiej odnośnie danych pacjenta w związku z zaopatrywaniem w przedmioty ortopedyczne oraz środki pomocnicze, kiedy na zleceniu wymaganym do zaopatrzenia wypisywane są szczegółowe dane dotyczące stanu zdrowia pacjenta;
- 5) Amnesty International;
- 6) Stowarzyszenie Monar;
- 7) Porozumienie Zielonogórskie;
- 8) Fundacja im. Brata Alberta;
- 9) organy Izb Lekarskich oraz Izb Pielęgniarek i Położnych;
- 10) Dyrektorzy Domów Pomocy Społecznej;
- 11) Instytut Praw Pacjenta;

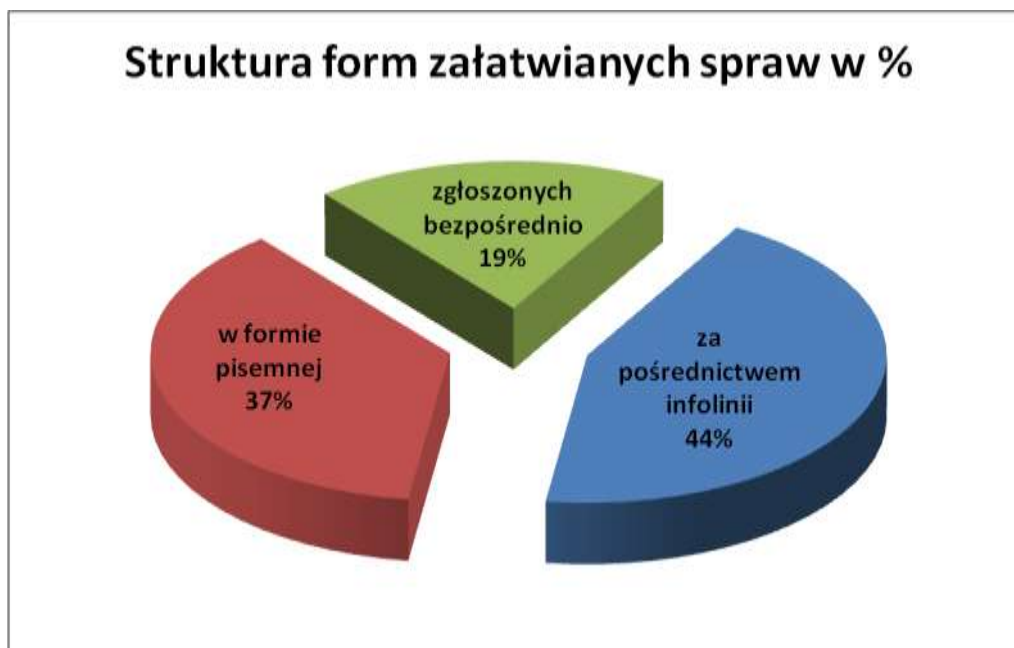
12) Zespół działający w ramach Instytutu Nauk Politycznych w Grenoble w przedmiocie badań naukowych odnośnie problemu dyskryminacji.

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

W roku 2010 r. na bieżąco były monitorowane wszystkie zdarzenia zgłaszane przez pacjentów⁴ oraz doniesienia medialne.. Również świadczeniodawcy oraz inne instytucje w tym organizacje pozarządowe – działające na rzecz określonej grupy chorych – zwracały się z prośbą o interpretację przepisów ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*. Agregacja zdarzeń w odpowiednim układzie pozwoliła na identyfikację problemów (incydentalnych, okresowych lub stałych) zwłaszcza w sferze dostępu do świadczeń zdrowotnych).

W 2010 roku do Rzecznika Praw Pacjenta wpłynęło ogółem 28 735 spraw, w tym:

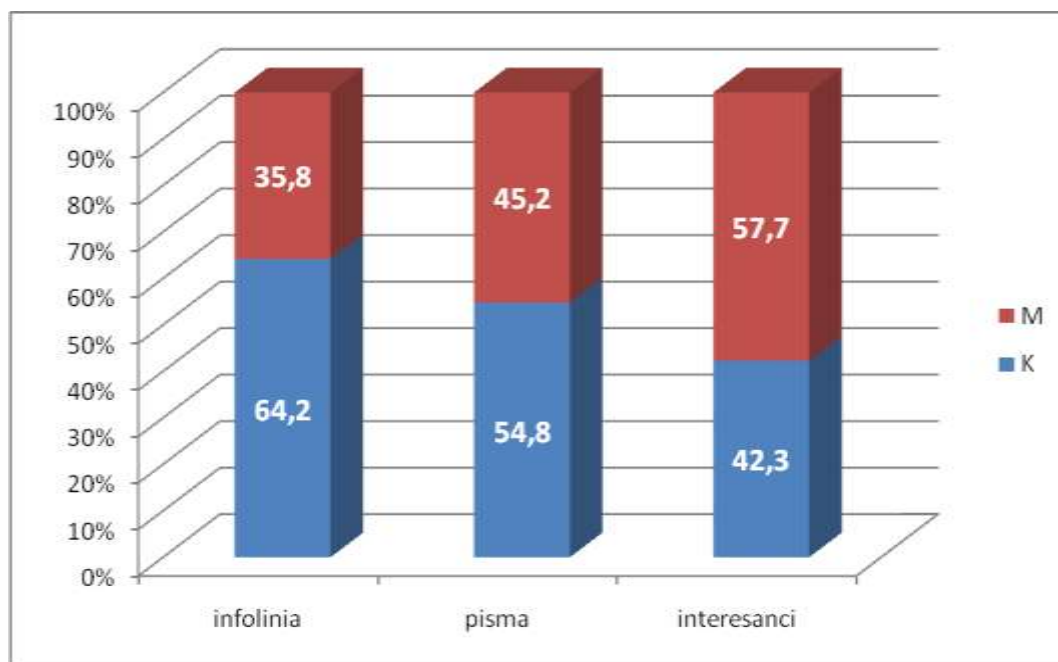
- 1) 10 605 w formie pisemnej;
- 2) 12 612 za pośrednictwem infolinii;
- 3) 5 518 zgłoszonych bezpośrednio.



Wykres 9 Źródła kierowanych do RPP spraw

⁴ Pacjenci, osoby działające w ich imieniu, osoby bliskie pacjentów, opiekunowie prawni, opiekunowie faktyczni.

Statystyczny interesant Biura Rzecznika Praw Pacjenta to bezpośredni beneficjent świadczeń zdrowotnych. Znaczącą grupę interesantów stanowią osoby działające w imieniu pacjenta (opiekun prawny, opiekun faktyczny, osoba bliska). Do Biura dzwonią oraz piszą najczęściej kobiety (odpowiednio 64, 2% i 54,8%). Mężczyźni natomiast częściej inicjują sprawy w trakcie wizyt bezpośrednich (57,7%).



Wykres 10 Struktura płci petentów kierujących sprawy do RPP

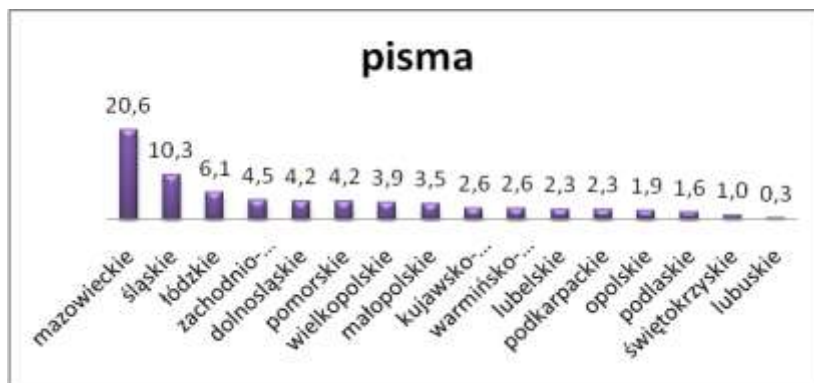
Sprawy kierowane do Biura dotyczyły czasowej lub trwałej niepełnosprawności powodowanej stanem chorobowym i problemami napotykanymi w procesie uzyskiwania świadczeń zdrowotnych. Ze zgromadzonych w 2010 r. danych wynika, że 40, 5 % osób zwracających się do Biura – to osoby zagrożone wykluczeniem społecznym. W tej grupie można wyodrębnić:

- 1) Beneficjentów ośrodków pomocy społecznej - 25%;
- 2) Osoby z ustalonym stopniem niepełnosprawności - 8%;
- 3) Beneficjenci innych instytucji w ramach polityki społecznej⁵ - 7,5%.

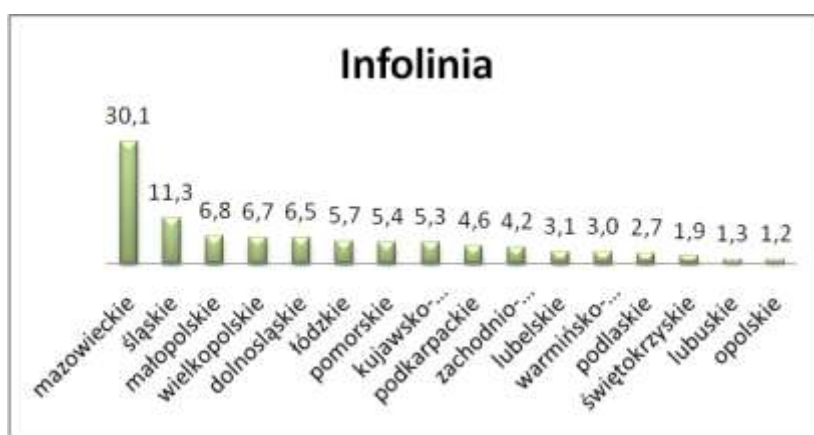
W 2010 r. najczęściej do Rzecznika zwracali się o pomoc mieszkańcy województwa:

- 1) mazowieckiego, śląskiego i dolnośląskiego – infolinia;
- 2) mazowieckiego, łódzkiego i śląskiego – pisma;
- 3) mazowieckiego, małopolskiego i kujawsko-pomorskiego – wizyty bezpośrednie.

⁵ Organizacje pozarządowe (Monar, ośrodki dla bezdomnych, Caritas itp.)



Wykres 11 Struktura spraw skierowanych do BRPP za pomocą pism wg województw



Wykres 12 Struktura spraw skierowanych do BRPP za pomocą infolinii wg województw

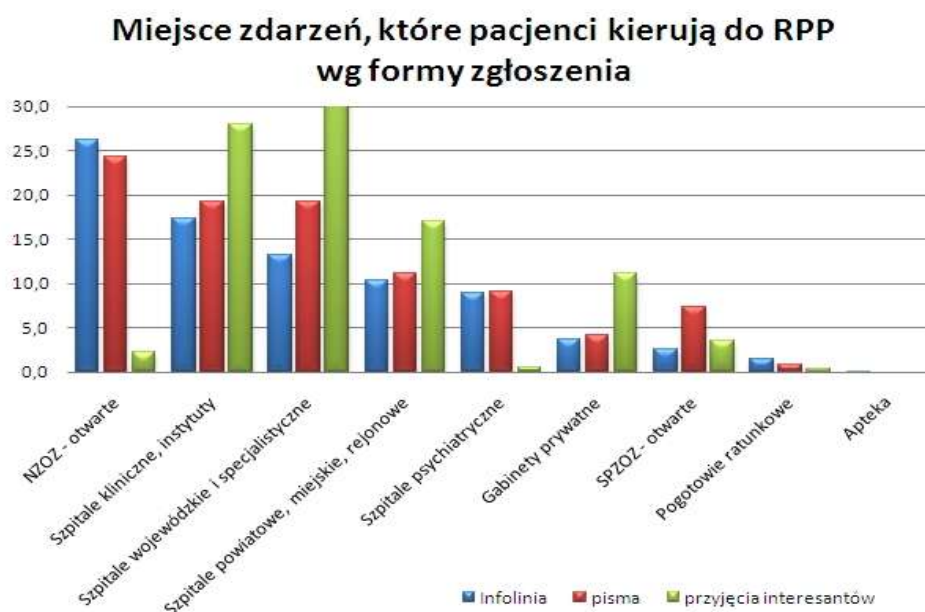


Wykres 13 Struktura spraw skierowanych do BRPP za pomocą wizyt osobistych wg województw

Uwaga: wykresy pomijają informacje o petentach spoza granic Polski

Zgłaszane przez petentów problemy najczęściej dotyczyły świadczeń udzielanych:

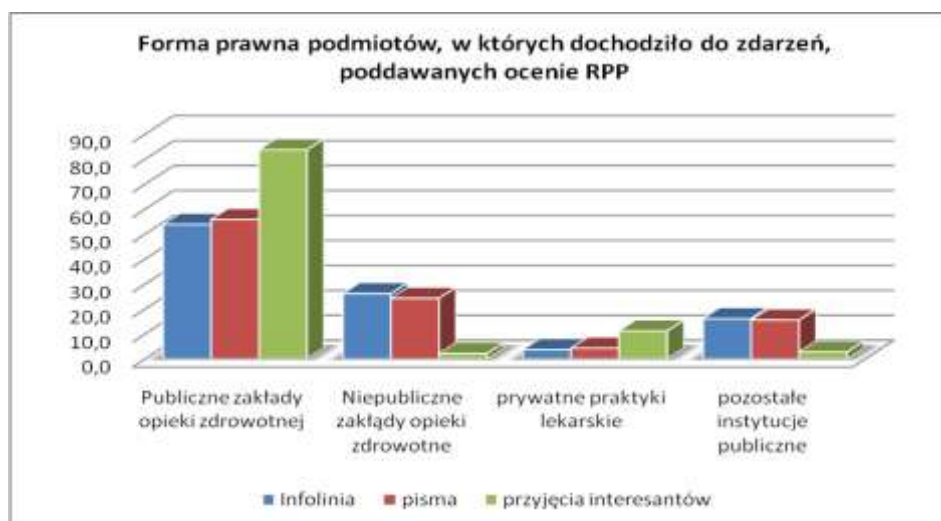
- 1) w szpitalach (infolinia - 40, 9%, korespondencja - 49, 5%, wizyty interesantów – 79,2%);
- 2) w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (infolinia - 28, 8%, korespondencja - 31, 6% i przyjęcia interesantów - 5,8%).



Wykres 14 Podmioty w stosunku, do których najczęściej kierowano zarzuty.

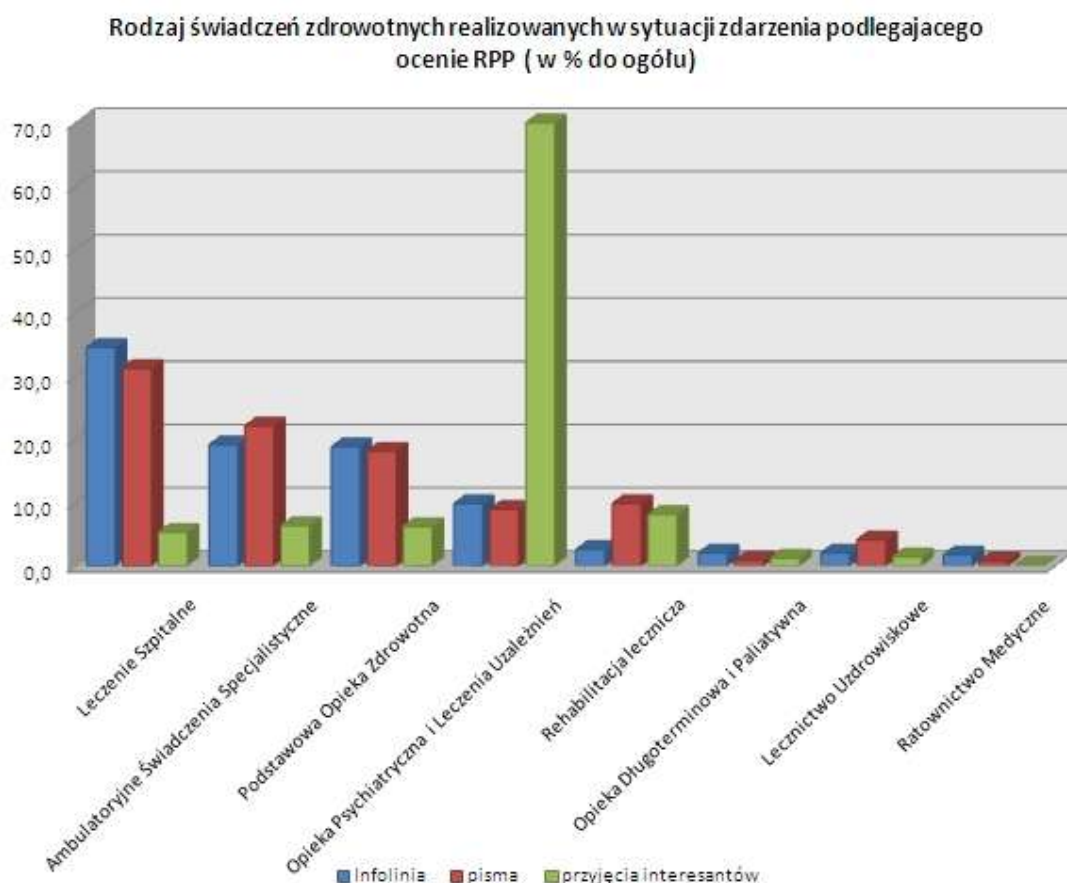
Uwaga: wykres dotyczy zdarzeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych

Monitorowane zdarzenia dotyczą w większości publicznego sektora świadczeniodawców (infolinia – 53, 9%, korespondencja – 55, 8% i przyjęcia interesantów – 83,8%). Szczegóły przedstawia poniższy wykres:



Wykres 15 Forma prawna podmiotów, których dochodziło do zdarzeń, poddawanych ocenie RPP

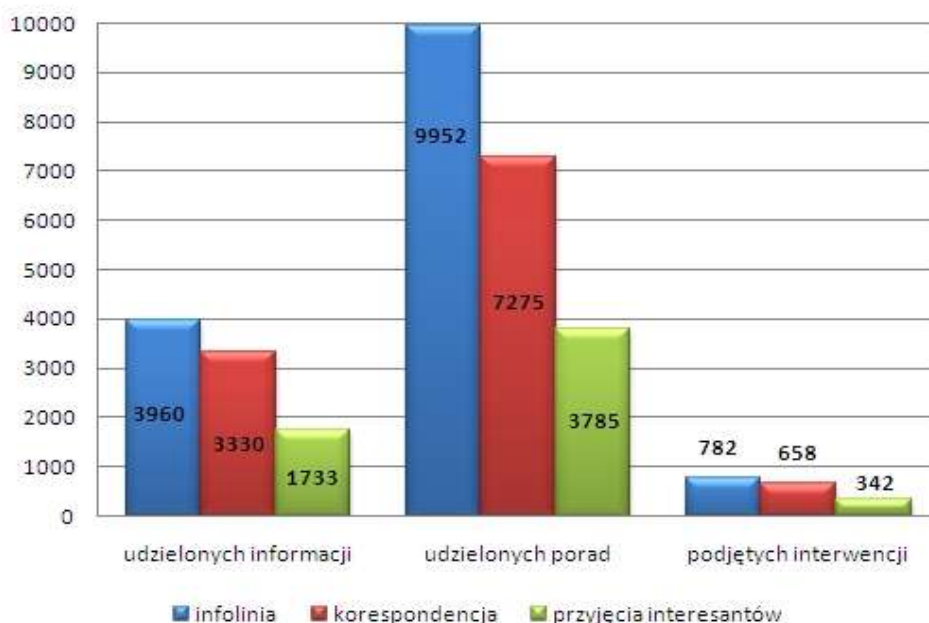
Wnioski dotyczyły niemal wszystkich rodzajów świadczeń zdrowotnych realizowanych na podstawie *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* oraz objętych pakietem rozporządzeń Ministra Zdrowia o *świadczeniach gwarantowanych*.



Wykres 16 Struktura rodzaju świadczeń zdrowotnych, których dotyczyły zgłoszenia

Rzecznik obok działań podejmowanych w ramach prowadzonych postępowań wyjaśniających, korzystał również z innych instrumentów udzielania pomocy w sprawach indywidualnych. W wielu przypadkach pacjenci oczekiwali od Biura niezwłocznej interwencji. Każda z tych spraw była badana indywidualnie, zaś problem często był rozwiązywany przez petenta – któremu udzielono właściwej informacji, porady czy nawet instrukcji postępowania. W tym m.in. przejawia się działalność edukacyjna na rzecz pacjentów. Tylko w sytuacjach tego wymagających, dotyczących osób pozbawionych zdolności do samodzielnego działania, w sytuacjach zagrożenia życia, Biuro podejmowało bezpośrednie interwencje, których celem było usunięcie istoty problemu. W wielu przypadkach podejmowane interwencje miały charakter mediacyjny.

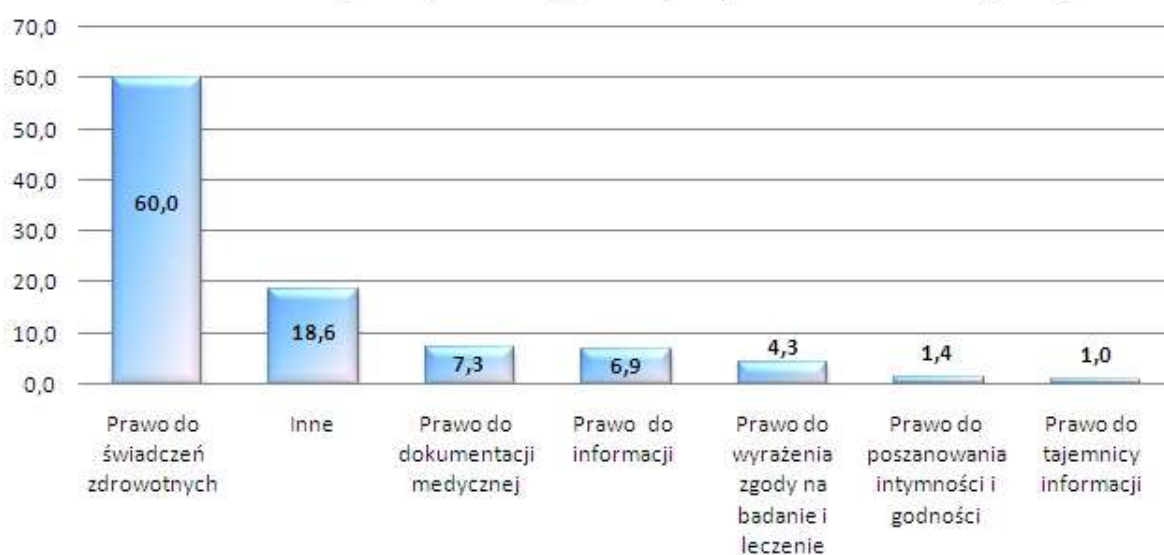
Stosowane instrumenty w działalności doraźnej BRPP



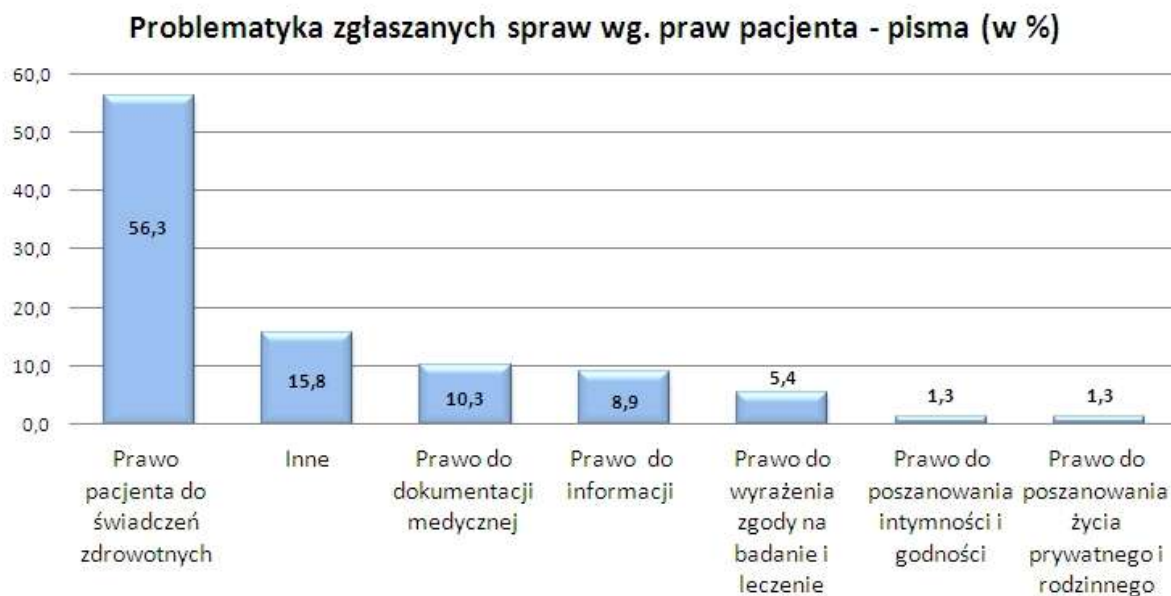
Wykres 17 Załatwianie wniosków i zgłoszeń pacjentów w 2010 r.

Charakterystykę zgłoszeń wg poszczególnych praw pacjenta przedstawiają poniższe wykresy:

Problematyka spraw wg praw pacjenta - infolinia (w %)



Wykres 18 Problematyka spraw wg praw pacjenta. Infolinia.



Wykres 19 Problematyka spraw wg. praw pacjenta. Pisma

W 54% kierowanych do Rzecznika spraw wszczęto postępowania w trybie przepisów ustawy o *prawach pacjenta*. 16% wniosków uznano za uzasadnione. Największy odsetek uzasadnionych skarg dotyczy naruszenia prawa do dostępu do dokumentacji medycznej. Wysoki wskaźnik zasadności skarg występuje również w zakresie naruszenia prawa do świadczeń zdrowotnych.



Wykres 20 Ocena zasadności skarg kierowanych do Biura

Prezentowane, głównie za pośrednictwem infolinii bariery utrudniające uzyskanie pomocy medycznej w roku 2010 r. to:

- 1) odmowa udzielenia świadczenia z powodu nie okazania dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie zdrowotne;
- 2) nie respektowanie przez świadczeniodawców ustawowej możliwości zobowiązania pacjenta do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń zdrowotnych w ciągu 7 dni w przypadku świadczeń ambulatoryjnych i 30 dni w przypadku świadczeń szpitalnych.

Największe zastrzeżenia do opartej na kryteriach medycznych procedury dostępu do świadczeń zdrowotnych dotyczyły:

- 1) ortopedii;
- 2) okulistyki;
- 3) neurochirurgii;
- 4) rehabilitacji;
- 5) opieki długoterminowej domowej i stacjonarnej

- w opinii świadczeniodawców ograniczony dostęp do tych świadczeń wynika z bariery zbyt małych – w stosunku do zapotrzebowania – limitów świadczeń, braku środków na modernizację oraz braku wykwalifikowanego personelu.

Ponadto, wskazać należy na fakt, że listy oczekujących nie spełniały swojego zadania nie stanowiły wiarygodnego źródła informacji dla pacjentów i płatnika (tj. Narodowego Funduszu Zdrowia), natomiast nadmierna dowolność w kreowaniu list oczekujących mogła sprzyjać powstawaniu niekorzystnych zjawisk.

Prowadzone przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta sprawy dowodzą, że:

- 1) kolejność udzielania świadczeń nie zawsze była ustalana na podstawie kolejności zgłoszeń pacjentów, co naruszało art. 20 ust. 1 ww. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) nie wyznacza się osób odpowiedzialnych za prowadzenie list oczekujących, chociaż taki obowiązek wynika z art. 20 ust. 6 ww. ustawy;
- 3) dokumentacja w zakresie ustalania kolejności udzielania świadczeń w wielu przypadkach nie spełnia wymogów określonych w art. 20 ust. 2 ustawy.;

- 4) w 67% prowadzonych spraw pacjenci nie byli kwalifikowani do kategorii medycznej „przypadek stabilny” lub „przypadek pilny”, co naruszało § 2 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) informacje o trybie (zasadach) wpisywania na listy oczekujących nie były podane do publicznej wiadomości, choć taki obowiązek wynikał z § 11 ust. 4 pkt 9 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 6) publikowane na stronach oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia raporty statystyczne zawierały nieprawdziwe dane o liczbie pacjentów oczekujących i czasie oczekiwania na planowane świadczenie zdrowotne.

W ocenie pacjentów świadczenia zdrowotne były, w wielu przypadkach, udzielane z naruszeniem obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń. W 79% ocena ta została potwierdzona przez Biuro korzystnymi dla pacjentów rozstrzygnięciami.

Z organizacją planowego leczenia pacjentów wiąże się ich prawo swobody wyboru świadczeniodawcy realizującego świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej, leczenia szpitalnego, stacjonarnej opieki długoterminowej. Pacjent ma prawo dokonać wyboru świadczeniodawcy spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wszczynane przez Biuro postępowania z wniosków pacjentów zgłaszanych korespondencyjnie i na infolinię, potwierdzają, że wielu świadczeniodawców dopuszcza się naruszenia tego prawa poprzez nieuprawnione odsyłanie pacjentów do ”rejonu” lub też wprost odmowy leczenia z powodu nieobowiązującej rejonizacji.

Transport sanitarny jest świadczeniem wspomagającym proces leczenia i przysługuje pacjentom na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w *sprawie świadczeń gwarantowanych*. Problematyka odnosząca się do zastrzeżeń pacjentów w obszarze korzystania z transportu sanitarnego stanowiła przedmiot zainteresowania Biura w ok. 1, 5% wszystkich spraw związanych z dostępem do świadczeń opieki zdrowotnej. Zastrzeżenia te dotyczyły odmowy przeprowadzenia kwalifikacji do transportu sanitarnego i wystawienia zlecenia oraz obciążania pacjenta pełnymi kosztami transportu. Częstym problemem

pacjentów leczonych w ośrodkach specjalistycznych są trudności w ustaleniu, kto jest zobowiązany do wystawienia zlecenia na transport sanitarny w sytuacji wskazań do transportu.

Sprawy dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy rodzinnych to 31% wszystkich spraw związanych z dostępem do świadczeń. Pacjenci byli odsyłani do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej po skierowanie na badania diagnostyczne, po zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy, zaświadczenie o stanie zdrowia, po zlecenie na transport sanitarny i wiele innych, które z uwagi na źródło wskazań powinny być załatwione w poradni specjalistycznej czy szpitalu. Systematycznie wzrosła w 2010 r. liczba zastrzeżeń i uwag do funkcjonowania lekarzy rodzinnych. Podejmowane przez Biuro sprawy dotyczyły między innymi:

- 1) odległych terminów wizyt u lekarza rodzinnego;
- 2) odmowy udzielenia świadczenia w trybie nagłego zachorowania
- 3) odmowy realizacji wizyty domowej;
- 4) odmowy zlecenia badań diagnostycznych, w tym wykonania badań przedszpitalnych;
- 5) obciążania pacjentów kosztami wykonania przez pielęgniarkę zleconego zabiegu (iniekcji, zmiana opatrunku);
- 6) odmowa wystawienia zaświadczenia o stanie zdrowia dla celów ubezpieczenia społecznego lub w procesie ubiegania się o świadczenia z pomocy społecznej;
- 7) odmowa rejestracji telefonicznej do lekarza.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2009 r. Nr 139, poz. 1142) określa zasady udzielania świadczeń specjalistycznych. W większości świadczenia specjalistyczne udzielane są na podstawie skierowania lekarza rodzinnego. Jednym z obowiązków lekarza specjalisty jest informowanie lekarza POZ o wyniku konsultacji specjalistycznej oraz zaleceniach do stosowania w podstawowej opiece zdrowotnej. Sygnały pacjentów świadczą, że specjaliści nie mają w zwyczaju zwrotnego przekazywania lekarzom POZ wyników swojej diagnozy, natomiast nagminnym jest odsyłanie pacjenta do lekarza kierującego celem wystawienia mu skierowania na szereg badań diagnostycznych, które w ramach prowadzonej diagnostyki, specjalista może sam zlecić. Podstawowym problemem podnoszonym przez pacjentów jest okres oczekiwania na świadczenie zdrowotne, w tym w celu uzyskania recepty na leki czy zlecenia na sprzęt ortopedyczny. Najdłuższe terminy oczekiwania dotyczą okulistyki, kardiologii, endokrynologii, neurologii, ortopedii.

Do Rzecznika Praw Pacjenta kierowano sprawy, dotyczące utrudnień, jakie kobiety ciężarne napotykały w zakresie dostępu do bezpłatnych świadczeń medycznych, realizacji urlopu macierzyńskiego, czy uzyskania innych świadczeń, do których mają prawo. Sprawy te wymagały udzielenia pacjentkom szczegółowych wyjaśnień na temat przysługujących im praw do korzystania ze świadczeń medycznych, interwencji u Dyrektorów właściwych placówek leczniczych, czy w Oddziałach Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia.

Podstawą udzielania świadczeń szpitalnych *jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* (Dz. U. z 2009 r. Nr 140, poz. 1143). Dostępność do świadczeń szpitalnych zdominowana jest przez problem terminu oczekiwania na świadczenia zdrowotne. Najdłuższe terminy oczekiwania dotyczą świadczeń z zakresu ortopedii, neurochirurgii, kardiologii i okulistyki. Ok. 33% spraw związanych z oceną dostępności do świadczeń dotyczy obszaru świadczeń zdrowotnych realizowanych w warunkach szpitalnych. Spośród wszystkich zastrzeżeń i uwag można dokonać kategoryzacji podstawowych dziedzin, w których, w przekonaniu pacjentów, mogło dojść do ograniczenia dostępu do świadczeń szpitalnych:

- 1) odmowa hospitalizacji z powodu braku pozytywnej kwalifikacji do leczenia szpitalnego i w sytuacji braku badań uzasadniających taką decyzję,
- 2) odmowa rejestracji w kolejce oczekujących skierowania do leczenia szpitalnego z powodu „rejonizacji szpitali”,
- 3) odmowa zlecenia na transport sanitarny w sytuacji spełniania kryteriów do takiego transportu,
- 4) odsyłanie pacjentów przez SOR do lekarzy POZ celem uzyskania skierowania do poradni specjalistycznej, zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy, skierowania na dodatkowe badania diagnostyczne itp.,
- 5) odstąpienie od kontynuacji leczenia bez wskazania innych możliwości terapii,
- 6) odmowa skierowania na leczenie rehabilitacyjne po zakończonym leczeniu szpitalnym.
- 7) ponadto, z początkiem roku 2010 wystąpiły istotne problemy w realizacji programu leczenia w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej. Świadczenie to jest procedurą podania leku w terapii nowotworów realizowaną z wykorzystaniem substancji, które nie znajdują się w wykazie substancji czynnych stosowanych w chemioterapii nowotworów.

W ciągu całego 2010 roku Biuro podejmowało interwencje w 49 przypadkach, w których mogło dojść do naruszenia prawa do świadczeń zdrowotnych w zakresie realizacji programu terapeutycznego „chemioterapii niestandardowej”.

Dynamika korzystających ze świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego wskazuje na systematyczny wzrost leczonych pacjentów. W efekcie okres oczekiwania na świadczenie wydłuża się i wynosi w skali kraju średnio 21 miesięcy. Okres oczekiwania na świadczenia nie jest spójny z okresem ważności samego skierowania na leczenie uzdrowiskowe, wynoszący 18 miesięcy. Ta okoliczność przyczynia skierowania przez pacjentów do Biura wniosków pisemnych i na infolinię o wszczęcie postępowania zmierzającego do zmiany prawa, które w istocie stanowiło poważną przeszkodę i ograniczało pacjentom możliwość korzystania ze świadczeń uzdrowiskowych. Na skutek napływających sygnałów, Rzecznik zainicjował proces stosownych zmian legislacyjnych. W efekcie w październiku Minister Zdrowia podpisała nowelizację rozporządzenia, które zachowuje dotychczasową długość okresu ważności skierowania, jednak chroni pacjenta przed ciężarem skutków unieważnienia skierowania po 18 miesiącach w sytuacji braku możliwości jego potwierdzenia w tym okresie. Aktualizacja skierowania będzie prowadzona przez oddziały wojewódzkie NFZ i lekarzy sporządzających skierowania na leczenie.

Biuro notuje również ograniczenia w dostępie do świadczeń w ramach opieki długoterminowej realizowanej w warunkach domowych i stacjonarnych (ZOL lub ZPO). Podstawową barierą jest okres oczekiwania na te świadczenia.

W mniejszym stopniu problematyka dostępności do świadczeń zdrowotnych dotyczyła zaopatrzenia pacjentów w materiały ortopedyczne i środki pomocnicze. Jednakże w roku 2010 r. w niektórych oddziałach wojewódzkich po raz pierwszy pojawiły się kolejki oczekujących na te świadczenia z powodów ekonomicznych. Na tym tle wystąpiły problemy związane z uzyskiwaniem przez pacjentów dodatkowego współfinansowania środków ortopedycznych i rehabilitacyjnych przez PFRON.

Pomimo obowiązujących zasad w zakresie dostępu pacjentów do ich dokumentacji medycznej, świadczeniodawcy naruszają prawa pacjentów poprzez odmowę wydania kopii dokumentacji, prowadzenia dokumentacji w sposób niedający się odczytać, błędnych wpisów, dokumentowania zdarzeń, które nie miały miejsca. W wielu sygnałach pacjentów podnoszony jest problem naruszania prawa pacjenta do informacji i udzielania zgody na wykonanie świadczenia zdrowotnego. W ocenie pacjentów, lekarze unikają informowania na temat procesu ich leczenia, zaś realizacja procedur medycznych nie jest poprzedzana informacją o celach tej procedury i możliwych nieprzewidzianych następstwach.

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej nie jest tożsame ze spełnieniem oczekiwań pacjentów w zakresie gwarancji skuteczności tych świadczeń. Proces leczenia obarczony jest zawsze ryzykiem nieskuteczności terapii, które jest uwarunkowane wieloma czynnikami medycznymi. Brak oczekiwanych rezultatów leczenia nie może być przedmiotem analizy dostępności do świadczeń zdrowotnych. Poważnym odsetkiem (ok. 17%) wszystkich spraw są zagadnienia związane z dochodzeniem roszczeń w związku z możliwym błędem medycznym w leczeniu lub zakażeniem, do którego doszło podczas udzielania świadczenia zdrowotnego.

Wnioski z przeprowadzonej analizy:

- 1) Biuro nie otrzymywało sygnałów ze strony pacjentów dotyczących naruszeń prawa pacjenta w związku z udzielaniem świadczenia w zakresie ratownictwa medycznego i świadczeń wysokospecjalistycznych.
- 2) Zastrzeżenia pacjentów dotyczą dostępności do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, głównie w dużych aglomeracji miejskich. Wydłużają się terminy uzyskania świadczenia.
- 3) Wydłuża się czas oczekiwania na uzyskanie świadczenia w poradniach specjalistycznych. Z uwagi na obniżanie kosztów następuje zaniechanie wykorzystania w procesie leczniczym procedur pozwalających na skuteczne i szybkie diagnozowanie.
- 4) Informacje uzyskiwane podczas kontaktu z pacjentami pozwalają na wysunięcie wniosku, że o kolejności umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na hospitalizację nie zawsze decyduje stan zdrowia.
- 5) Pacjenci zwracający się do Biura podnoszą, że brakuje pieniędzy na wykupienie leków, dlatego też część z nich nie podjęła leczenia lub z niego zrezygnowała. Obie te sytuacje dotyczą grup pacjentów słabszych ekonomicznie i charakteryzujących się gorszym stanem zdrowia.
- 6) Powszechnej krytyce poddana jest dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych.
- 7) Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych obejmują między innymi profilaktykę zdrowotną. Świadczeniodawcy obniżają koszty działalności poprzez ograniczenie wykonywania badań diagnostycznych w tym profilaktycznych.
- 8) Art. 47c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych staje się przepisem martwym. Wielu pacjentów legitymujących

się szczególnymi uprawnieniami w dostępie do świadczeń zdrowotnych zgłasza brak respektowania tego uprawnienia. Potwierdza to również okoliczność braku stosownej informacji o tym w zakładach realizujących świadczenia zdrowotne.

1.18 SPRZECIW WNOSZONY DO KOMISJI LEKARSKIEJ DZIAŁAJĄCEJ PRZY RZECZNIKU PRAW PACJENTA

Na szczególne podkreślenie zasługuje unormowanie, stosunkowo nowej w systemie prawa polskiego, instytucji sprzeciwu, który może być wnoszony na podstawie art. 31 ust. 1 ustawy o prawach pacjentów przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego wobec opinii albo orzeczenia lekarza, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa. Sprzeciw wymaga uzasadnienia, w tym wskazania przepisu prawa, z którego wynikają prawa lub obowiązki. Ponadto prawo zgłoszenia sprzeciwu przysługuje wyłącznie w sytuacji, gdy przepisy odrębne nie przewidują postępowania odwoławczego od danego rodzaju opinii albo orzeczeń.

Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta.

W przypadku niespełnienia wymagań, o których mowa powyżej sprzeciw jest zwracany osobie, która go wniosła (art. 31 ust. 4 upp).

Komisja Lekarska na podstawie dokumentacji medycznej oraz, w miarę potrzeby, po przeprowadzeniu badania pacjenta, wydaje orzeczenie bezwzględną większością głosów w obecności pełnego składu tej komisji.

Komisja Lekarska, która zostaje powoływana każdorazowo przez Rzecznika Praw Pacjenta dla rozpoznania sprzeciwu w indywidualnej sprawie pacjenta, jest zobowiązana do niezwłocznego wydania orzeczenia, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia jego wniesienia (art. 31 ust. 5 upp.). Długość procedowania przez Komisję Lekarską zależy od poziomu skomplikowania i rodzaju sprawy. Od rozstrzygnięcia Komisji Lekarskiej nie przysługuje odwołanie.

Procedura sprzeciwu, która została wprowadzona do polskiego porządku prawnego ustawą o prawach pacjenta **stanowi realizację wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 22 marca 2007 r. w sprawie Alicji Tysiąc przeciwko Polsce** (skarga

nr 5410/03)⁶, w którym Trybunał podniósł, iż przedmiotowa sprawa dotyczy szczególnego połączenia różnych aspektów życia prywatnego. Mając na uwadze wytyczne Trybunału w rzeczonyj sprawie należy podnieść, iż regulacje wprowadzone do polskiego porządku prawnego w obszarze procedury sprzeciwu czynią zadość w/w wymogom. Organ, który rozpoznaje sprzeciw składa się z trzech lekarzy powołanych przez Rzecznika Praw Pacjenta z listy o której mowa w ust. 2 art. 32 ustawy o prawach pacjenta. Ponadto dwóch lekarzy jest tej samej specjalności, co lekarz, który wydał opinię albo orzeczenie. Takie rozwiązanie umożliwi rozpoznanie sprzeciwu przez osoby posiadające odpowiedni poziom wiedzy i kwalifikacji w rzeczonym zakresie. W celu wyeliminowania wątpliwości w zakresie bezstronności członków Komisji wprowadzono procedurę ich wyłączenia z urzędu lub na wniosek pacjenta albo jego przedstawiciela ustawowego.

W okresie sprawozdawczym do Komisji Lekarskiej wpłynęły 3 sprzeciwy, które dotyczyły:

- 1) rozpoznania (diagnozy) postawionej przez lekarza. Sprzeciw nie mógł stanowić przedmiotu rozpoznania Komisji Lekarskiej z uwagi na przysługujące pacjentowi prawa, w tym m. in. prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie;
- 2) sprzeciwu wobec opinii lekarza, która została wydana w dniu 2 grudnia 2009 r. W związku z tym, że sprzeciw pacjenta wpłynął 17 sierpnia 2010 r. nie spełniał on wymogów formalnych. tj. został wniesiony po terminie;
- 3) wydanej przez lekarza opinii dotyczącej aktualnego stanu zdrowia. Opinia, o której mowa powyżej została wydana 17 marca 2010 r., zaś sprzeciw wpłynął 20 maja 2010 r., w związku z czym nie mógł być rozpatrzony.

Mając powyższe na uwadze, należy wyjaśnić, że Komisja Lekarska nie została powołana w 2010 roku, ponieważ żaden wniosek nie czynił zadość wymaganiami formalnym. Jednakże w celu rozpowszechnienia informacji o działalności Komisji Lekarskiej oraz możliwości składania sprzeciwu został podjęty szereg działań, w szczególności:

- 1) informacja o mechanizmie skargowym jest opublikowana na stronie internetowej Rzecznika Praw Pacjenta (www.bbp.gov.pl) oraz organizacji pozarządowej - Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny (www.federa.org.pl);

⁶ Tekst wyroku jest dostępny na stronie internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości, <http://bip.ms.gov.pl/pl/prawa-czlowieka/europejski-trybunal-praw-czlowieka/orzecznictwo-europejskiego-trybunalu-praw-czlowieka/orzeczenia-w-sprawach-dotyczacych-polski/rok-2007/>

- 2) w październiku 2010 r. Rzecznik Praw Pacjenta zainauguował ogólnopolską kampanię informacyjną "Pacjencie, czy znasz swoje prawa?" Przygotowano specjalne ulotki które zostały wysłane do wszystkich gmin w Polsce (ok. 2500) z prośbą o ich rozpowszechnienie wśród mieszkańców oraz zamieszczenie informacji na stronach internetowych;
- 3) szkolenie dla organizacji pozarządowej tj. Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny oraz udział w szeregu konferencji i spotkań.
- 4) informowania pacjentów o ich prawach na pośrednictwem bezpłatnej infolinii.

Część druga

2. SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA ART. 10a–10d USTAWY Z DNIA 19 SIERPNI 1994 r. O OCHRONIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

2.1 WPROWADZENIE

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (dalej: Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego), wprowadziła od stycznia 2006 roku funkcję *Rzecznika 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 w/w ustawy 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 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – *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:

- musi być łatwo dostępny – spędzać większość czasu na regularnych wizytach oddziałów,
- musi być rozpoznawalny (budzić zaufanie),
- 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 zakładach opieki zdrowotnej 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. 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. Jednakże w placówkach, w których dyrektor wyraża chęć współpracy z *Rzecznikiem*, współpraca ta układa się bardzo pozytywnie, z korzyścią nie tylko dla samych pacjentów, ale również dla całego środowiska, jakim jest szpital psychiatryczny.

W okresie sprawozdawczym w Biurze zatrudnionych było 26 osób pełniących funkcję *Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego*. Osoby te realizowały swoje zadania w 50 placówkach opieki zdrowotnej na terenie 15 województw. Z uzasadnienia do nowelizacji ustawy 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 w/w Zespołu wchodzi: Sekcja Nadzoru i Koordynacji Pracy Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego oraz Sekcja Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

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 2010 r. do *Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego* wpłynęło i zostało rozpatrzonych 7861 spraw. Zespół ds. Zdrowia Psychicznego rozpatrzył 229 spraw (zainicjowanych głównie przez pacjentów, ich rodziny, osoby najbliższe oraz pracowników placówek udzielających świadczenia).

Sprawy najczęściej dotyczyły, jakości świadczeń, przymusowej hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym, niewłaściwego stosunku personelu do Pacjentów, informacji prawnej.

2.2 USTAWOWE ZADANIA I UPRAWNIENIA RZECZNIKA PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

Zgodnie z przepisami art. 10b ust. 2 ustawy 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 o ochronie zdrowia psychicznego) to prawo:

- 1) wstępu do pomieszczeń szpitala psychiatrycznego związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
- 2) występowania z wnioskiem do personelu zakładu opieki zdrowotnej, w szczególności do lekarza prowadzącego, ordynatora oddziału psychiatrycznego (lekarza kierującego oddziałem) lub kierownika zakładu opieki zdrowotnej, oraz do podmiotu, który utworzył ten zakład, 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 pkt 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.

2.3 CHARAKTERYSTYKA POSZCZEGÓLNYCH FORM DZIAŁALNOŚCI RZECZNIKA PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO W 2010 r.

Rzecznicy w 2010 r. podejmowali działania na rzecz ochrony praw pacjenta w zakresie czterech rodzajów działalności: interwencyjną, doradczą, informacyjno – edukacyjną oraz kontrolną.

2.3.1 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:

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

2.3.2 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 (konsultacje) z personelem medycznym w celu uzyskania pełnej informacji o ewentualnym problemie. Działania te minimalizowały niebezpieczeństwo podjęcia przez *Rzecznika* nieuzasadnionych interwencji wyjaśniających skargę.

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

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

2.3.3 Działalność informacyjno-edukacyjna (spotkania w grupach)

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 też warsztatów w formie kierowanej dyskusji.

Pacjenci podczas w/w spotkań mieli okazję zadawać pytania *Rzecznikowi Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego*, wyjaśniać wątpliwości, skonfrontować własne wyobrażenia o prawach pacjenta z rzeczywistymi unormowaniami prawnymi. W trakcie

omawianych spotkań pacjenci mieli ponadto możliwość umówienia się na indywidualne spotkania z *Rzecznikiem*.

2.3.4 Działalność kontrolna

Polegała na systematycznym agregowaniu 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 2010 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 o ochronie zdrowia psychicznego.

Ad. a) Zakres analizy dokumentacji medycznej dotyczącej pacjentów przyjętych do szpitala za ich zgodą uwzględniał m.in. ustalenie:

- czy przyjęcie do szpitala zostało poprzedzone osobistym badaniem przez lekarza wyznaczonego do tej czynności, który stwierdził, że są wskazania do przyjęcia;
- w jaki sposób udokumentowano wyrażenie przez pacjenta pisemnej zgody na przyjęcie do szpitala, moment wyrażenia przez pacjenta zgody (czy jeżeli zgoda była wyrażona dopiero w oddziale zawiadomiono sąd opiekuńczy);
- czy pacjent został poinformowany przez lekarza o stanie zdrowia, sposobie leczenia, proponowanych i możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających

się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania oraz wynikach leczenia;

- czy przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego stosowanych wobec pacjenta uwzględniono nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi;
- czy pacjent leczony farmakologicznie był informowany o skutkach ubocznych przyjmowanych leków oraz o prawidłowych i typowych reakcjach na leki;
- czy w przypadkach, gdy wypisanie pacjenta nastąpiło na własne żądanie, zostało złożone pisemne oświadczenie o wypisaniu ze szpitala na żądanie (czy w dokumentacji medycznej jest adnotacja lekarza w tym zakresie) oraz czy pacjent został poinformowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu;

Ad. b) Zakres analizy dokumentacji medycznej dotyczący pacjentów przyjmowanych bez zgody w trybie „nagłym” (art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego), w trybie „przymusowej obserwacji” (art. 24), w trybie „wnioskowym” (art. 29) obejmował m.in. poniższe kwestie:

- czy pacjent został poinformowany o przyczynach przymusowego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego?
- czy przyjęcie pacjenta zostało zatwierdzone przez ordynatora w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia oraz czy kierownik szpitala w ciągu 72 godzin (od chwili przyjęcia) zawiadomił o powyższym sąd opiekuńczy w miejscu siedziby szpitala?
- czy pacjent został wysłuchany przez sędziego wizytującego szpital w terminie 48 godzin od otrzymania zawiadomienia oraz czy pacjent miał możliwość uczestniczenia w rozprawie?
- czy o wypisaniu ze szpitala pacjenta przyjętego bez zgody zdecydował ordynator i w dokumentacji medycznej odnotowano uzasadnienie okoliczności ustąpienia bezpośredniego zagrożenia dla życia tej osoby albo życia i zdrowia innych osób oraz czy kierownik szpitala zawiadomił o powyższym sąd opiekuńczy?

Ad. c) Zakres analizy dokumentacji medycznej dotyczący osób przyjmowanych do szpitala psychiatrycznego na podstawie innych ustaw, niż ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (dotyczy osób przebywających m.in. na podstawie: art. 94 Kodeksu karnego, art. 203

Kodeksu postępowania karnego, art. 12 ustawy z 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich, art. 27 ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, art. 30 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz innych) obejmował m. in. kwestie:

- jak długo trwał pobyt tych osób w szpitalu na obserwacji;
- czy w przypadku osób przyjętych na obserwację na podstawie art. 203 Kodeksu postępowania karnego pobyt w szpitalu był przedłużany powyżej 6 tygodni, jeśli tak to na jak długo i z jakich przyczyn.

2.3.5 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 też składając pisma (skargi, wnioski, pytania) do skrzynki umieszczonej na drzwiach gabinetu *Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego*.

2.4 RELACJA PACJENTA Z RZECZNIKIEM PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

W analizowanym okresie sprawozdawczym stosunek pacjentów do osoby pełniącej funkcję *Rzecznika* był bardzo pozytywny.

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*, 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 rozsądający, w kwestii zwrócenia się pacjenta do *Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego* o pomoc w konkretnej sprawie.

Część wnoszonych przez pacjentów spraw wykraczała poza ramy kompetencyjne *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 parę 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 w dużej części 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).

2.5 WSPÓLPRACA RZECZNIKA PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO Z RODZINĄ PACJENTA, PRZEDSTAWICIELEM USTAWOWYM, OPIEKUNEM PRAWNYM LUB FAKTYCZNYM

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).

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 o ochronie zdrowia psychicznego, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Kodeksu cywilnego i Kodeksu postępowania cywilnego (dot. ubezwłasnowolnienia).

W grupie osób związanych z pacjentem można 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:

ubezważnieniu 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 pielęgniarstwa, zachowania nieetycznego personelu medycznego wobec pacjenta i/lub jego rodziny.

2.6 RELACJA RZECZNIKA PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO Z PRACOWNIKAMI ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ

W omawianym okresie sprawozdawczym współpraca *Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego* z pracownikami szpitali psychiatrycznych nie zmieniła się diametralnie w porównaniu do poprzedniego okresu sprawozdawczego. Zmiany w zakresie podejścia do funkcji, jaką *Rzecznik* pełni w szpitalu, nastąpiły w konsekwencji zdecydowanych interwencji podjętych przez *Rzeczników* oraz przez Biuro w latach poprzednich.

Nadal docierają do Biura sygnały niezadowolenia personelu z wizytowania przez *Rzeczników* oddziałów szpitalnych (jednakże w zdecydowanie mniejszym zakresie niż było to w latach poprzednich). 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*.

Przykładem są wystąpienia Dyrektorów niektórych Szpitali do *Rzeczników* z wnioskiem o konsultacje w zakresie trudnych do rozstrzygnięcia zagadnień prawno-etyczno-medycznych, np. w przedmiocie opinii nt. *możliwości wystąpienia naruszeń praw pacjentów Szpitala w przypadku konieczności udzielania świadczeń osadzonym dozorowanym przez funkcjonariuszy*.

2.7 NAJCZĘŚCIEJ REJESTROWANE SPRAWY DOTYCZĄCE NIEPRZESTRZEGANIA PRAW PRZEDMIOTOWEJ GRUPY PACJENTÓW

2.7.1 Prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia⁷

Kwestia wymagająca systematycznego monitorowania.

Przykłady naruszeń:

- a) z powodu braku informacji pacjenci nie są świadomi przebiegu oraz sposobów leczenia, proponowanych oraz możliwych metod diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstw ich zastosowania albo zaniechania;
- b) pacjenci nie są informowani o skutkach ubocznych przyjmowanych przez nich leków. Często nie wiedzą, jakie leki są im podawane – nie znają ich nazw, sposobu działania, skuteczności, etc. Niewiedza negatywnie wpływa na proces leczenia. Pojawia się poczucie niższej wartości, a czasami wręcz brak zaufania do lekarza prowadzącego;
- c) pacjenci czują się niedoinformowani, w szczególności zwracają uwagę, iż lekarze zbyt mało czasu i uwagi im poświęcają, rozmawiają z nimi w pośpiechu, nie zawsze ich słuchają, okazują zniecierpliwienie (paternalistyczne podejście do pacjenta).
- d) często z nazwą rozpoznania jednostki chorobowej pacjenci mogli się zapoznać dopiero w chwili, gdy opuszczali szpital – na karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego;

⁷ Art. 9 ustawy o prawach pacjenta; art. 31 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza

Działania podjęte przez Rzeczników:

- a) wystąpienia do dyrektorów ds. leczenia, ordynatorów oraz lekarzy prowadzących z wnioskiem o przekazywanie szczegółowych informacji pacjentom dotyczących procesu diagnostycznego (m.in. uzasadnienie zaordynowanych środków farmakologicznych, pożądanych efektów i ewentualnych objawów ubocznych);
- b) edukacja – motywowanie pacjenta do aktywnej postawy w procesie leczenia, zachęcanie pacjentów do interesowania się procesem leczniczym i zadawania pytań lekarzowi prowadzącemu;
- c) prowadzenie w oddziałach tzw. „Treningu rozmowy z lekarzem”. Formuła spotkań była interaktywna, pacjenci dzielili się swoimi doświadczeniami i spostrzeżeniami odnośnie kontaktu z personelem medycznym.
- d) organizowanie odrębnych zajęć dla lekarzy na temat m.in. prawa pacjenta do uzyskania informacji.

Efekty działań podjętych przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego:

- a) polepszenie relacji między pacjentem a lekarzem, zainteresowanie pacjenta aktywnym uczestnictwem w procesie leczniczym oraz obdarzenie większym zaufaniem lekarza prowadzącego;
- b) udział lekarzy na zebraniach społeczności pacjentów w celu lepszego kontaktu z pacjentami;
- c) udzielanie pacjentom wyczerpujących wyjaśnień w zakresie: aktualnego stanu zdrowia, zaordynowanych środków farmakologicznych, szczegółów dalszego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, rokowań na przyszłość;

2.7.2 Prawo pacjenta do informacji o przysługujących mu prawach⁸

Kwestia wymagająca systematycznego monitorowania.

Przykłady naruszeń:

- a) nieinformowanie pacjenta o treści art. 36 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego stanowiącego o warunkach złożenia wniosku o nakazanie wypisania ze szpitala;
- b) nieodnotowanie w dokumentacji medycznej faktu złożenia wniosku o nakazanie wypisania ze szpitala, brak informacji o przyczynach odmowy oraz o sposobie złożenia wniosku do właściwego sądu opiekuńczego;

⁸ Art. 11 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta

- c) pacjenci przyjmowani po raz pierwszy do szpitala psychiatrycznego bez zgody nie znają procedur związanych z tym przyjęciem – nie wiedzą, dlaczego odwiedza ich sędzia wizytujący, mylą postępowanie sądu w sprawie zasadności przyjęcia bez zgody do szpitala psychiatrycznego z postępowaniem o ubezwłasnowolnienie, co wzbudza w nich lęk i agresję. W tej sytuacji personel nie udziela wyczerpujących informacji oraz nie ułatwia pacjentom poruszania się w tej trudnej materii – podając ogólnikowe stwierdzenia, np. „przyjdzie sąd”, „po rozprawie nie będzie mógł pan stąd wyjść”, „nie widzimy potrzeby, by pan uczestniczył w rozprawie”, co powiększa i tak już niemały niepokój pacjenta. Pacjenci zgłaszając się do *Rzecznika* często zaczynają rozmowę „lekarz mnie straszy sądem” i proszą o wyjaśnienie procedury związanej z przyjęciem bez zgody i trybu postępowania przed sądem opiekuńczym.
- d) brak informacji w przedmiocie umieszczenia w szpitalu w tzw. trybie wnioskowym w oparciu o art. 29 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego;
- e) brak wyjaśnienia specyfiki leczenia oraz przysługujących praw w związku z hospitalizacją pacjenta w oparciu o art. 24 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (10-dniowa obserwacja);
- f) niezrozumiała i słaba umiejętność przekazywania informacji przez personel medyczny (informacje udzielane są w sposób skrótowy, niejasny lub dyrektywny);
- g) dezinformacja, czyli przekazywanie przez personel/sędziego sądu rodzinnego fałszywych informacji na temat postępowania sądowego („*posiedzenie odbywa się zaocznie*”, „*jeśli wyrazi Pan/Pani zgodę na przyjęcie do Szpitala, to pobyt będzie krótszy*”);
- h) nieinformowanie pacjentów o możliwości skontaktowania się z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

Działania podjęte przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego:

- a) interwencje u dyrektorów placówek i ordynatorów oddziałów w sprawach opisanych powyżej;
- b) wyjaśnianie pacjentom podstaw prawnych związanych z przymusową hospitalizacją na podstawie analizy dokumentacji medycznej (skierowanie, przyjęcie, opinia biegłego, postanowienie sądu opiekuńczego);
- c) wskazywanie możliwości postępowania odwoławczego na podstawie stwierdzonych wątpliwości dotyczących przyjęcia bez zgody;

- d) spotkania informacyjno-edukacyjne oraz spotkania indywidualne dotyczące możliwości złożenia wniosku o nakazanie wypisania;
- e) informowanie pacjentów podczas spotkań informacyjno-edukacyjnych o procedurach związanych z przymusowym leczeniem;
- f) kontrole w przedmiocie dostępności do: regulaminów wewnętrznych, możliwości i sposobu kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego;
- g) dystrybucja wśród pacjentów materiałów edukacyjnych (ulotki, broszury, poradniki).

Efekty podjętych działań:

- a) dokładne informowanie pacjentów przez ordynatora o możliwościach wypisania ze szpitala w trybie art. 36 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego;
- b) prawidłowe informowanie pacjentów o przysługujących im prawach przez personel medyczny oraz zmiana postaw personelu wobec pacjenta;
- c) zwracanie się personelu medycznego o pomoc merytoryczną do *Rzecznika* (szczególnie na etapie izby przyjęć);
- d) zwracanie się do *Rzecznika* z prośbą o obecność podczas przyjmowania pacjenta do szpitala bez zgody – wspomniana „obecność” często uspokaja pacjenta;
- e) personel medyczny na bieżąco informuje *Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego* o pacjentach, którzy wyrażają chęć spotkania z *Rzecznikiem*.

2.7.3 Zasadność i sposób stosowania przymusu bezpośredniego⁹

Kwestia wymagająca systematycznego monitorowania.

Przykłady naruszeń:

- a) zastraszanie pacjentów zastosowaniem przymusu bezpośredniego;
- b) brak informacji o zamiarze zastosowania przymusu bezpośredniego i jego rodzaju;
- c) stosowanie nadmiernej siły fizycznej przez personel. Przykładem być jest - zwichnięcie prawego stawu łopatkowo-ramiennego u pacjenta. Przez kilka tygodni pacjent nosił gipsowy opatrunek Desaulta. Do chwili obecnej, ponieważ ręka nie jest w pełni sprawna, korzysta z rehabilitacji. *Rzecznik* pomógł pacjentowi w zredagowaniu wniosku do Dyrektora Szpitala i ubezpieczyciela o przyznanie

⁹ Art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego; rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz. U. Nr 103, poz. 514); art. 18 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej; art. 4 ustawy o zawodzie lekarza.

- zadośćuczynienia (szkoda w trakcie likwidacji); Inny przykład: w wyniku interwencji pacjentka doznała urazu nosa z krwawieniem oraz rozległego zasinienia na udzie;
- d) brak osobistego nadzoru ze strony zlecającego (lekarza/pielęgniarki) nad wykonaniem unieruchomienia;
 - e) brak odpowiedniej obsady personelu medycznego biorącego udział w unieruchomieniu;
 - f) nadmierne używanie siły fizycznej przez osoby uczestniczące w wykonywaniu przymusu bezpośredniego (stosowanie niekonwencjonalnych form obezwładnienia pacjenta będącego w ostrym stanie pobudzenia psychoruchowego);
 - g) niestosowanie podkładów pod pasy unieruchamiające oraz brak odpowiedniej opieki nad pacjentami, wobec których zastosowano przymus bezpośredni przy pomocy pasów (otarcia naskórka, zasinienia, ropiejące rany, niedowłady kończyn górnych i dolnych i obrzęki kończyn);
 - h) nieadekwatność formy przymusu bezpośredniego do zachowania pacjenta – możliwość zastosowania „łagodniejszej” jego formy: przytrzymania, przymusowego podania leku;
 - i) nie przestrzeganie § 14 pkt 2 ww. rozporządzenia zgodnie, z którym: „Pielęgniarka dyżurna (...) w czasie kontroli (...) zapewnia krótkotrwałe uwolnienie pacjenta od unieruchomienia w celu zmiany jego pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych nie rzadziej, niż co 4 godziny”;
 - j) narażenie pacjenta na ataki ze strony innych pacjentów, pozostawienie na korytarzu unieruchomionego pacjenta;
 - k) niepodawanie posiłków pacjentowi będącemu w unieruchomieniu (*argument: bo pacjent się zakrztusi, zadławi* – przerzucanie obowiązku karmienia na rodziny);
 - l) przymusowe zakładanie pampersa unieruchomionemu pacjentowi w obecności innych osób;
 - m) traktowanie przepięcia pasów, jako tzw. „czasowego zwolnienia z zabezpieczenia”;
 - n) traktowanie przymusu bezpośredniego, jako jedynej (obok farmakologii) metody „leczenia” (długotrwały przymus bezpośredni: od przyjęcia aż po wypis ze Szpitala);
 - o) permanentne zlecenie przymusu względem pacjentów przyjmowanych bez zgody (dot. niektórych lekarzy dyżurnych);
 - p) zamykanie pacjenta samotnie w nieprzystosowanym pomieszczeniu – forma izolacji;
 - q) stosowanie długotrwałej izolacji wobec pacjentów (w trzech przypadkach odnotowano łączny czas zastosowania środka przymusu - 69 dni, 49 dni, 25 dni);

- r) stosowanie innych niedozwolonych - nie ujętych w regulacjach prawnych środków, wobec hospitalizowanych pacjentów (np. kilkugodzinne stanie na baczność w kącie);
- s) zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie izolacji po dwóch dniach od sytuacji, która by to uzasadniała.

Działania podjęte przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego:

- a) monitorowanie okresowych statystyk z przeprowadzanych w poszczególnych oddziałach zabezpieczeń;
- b) kontrola raportów grup interwencyjnych;
- c) wizytowanie oddziałów w godzinach porannych, późno popołudniowych lub nocnych;
- d) wgląd w dokumentację medyczną - za zgodą pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego;
- e) przeprowadzanie rozmów z personelem medycznym oraz pacjentami, którzy byli świadkami stosowania przymusu bezpośredniego, w celu obiektywnej oceny sytuacji;
- f) pisemne interwencje do dyrektorów placówek, ordynatorów poszczególnych oddziałów i pielęgniarek oddziałowych, z wnioskiem o wyjaśnienia dotyczące niewłaściwego zachowania się osób uczestniczących w procesie stosowania przymusu bezpośredniego;
- g) weryfikacja realizacji przez personel medyczny obowiązku prawnego polegającego na kontroli stanu fizycznego (pielęgnacji pacjenta), osoby unieruchomionej lub izolowanej nie rzadziej, niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby; weryfikacja stanu pościeli, ubrania chorego, pasów unieruchamiających, podawania pacjentowi płynów;
- h) organizowanie szkoleń dla personelu medycznego na temat praw pacjenta szpitala psychiatrycznego, ze szczególnym uwzględnieniem aspektów związanych z przymusem bezpośrednim;
- i) interweniowanie u władz szpitala o polepszenie jakości używanej bielizny szpitalnej;
- j) interweniowanie o zwiększenie ilości dostarczanych pieluch oraz o używanie parawanów osłaniających pacjenta;
- k) interweniowanie u władz szpitala o podjęcie działań mających na celu usunięcie przyczyn stwierdzonych naruszeń.

Efekty działań podjętych przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego:

- a) przeprowadzanie indywidualnych rozmów przez dyrektorów lub ordynatorów z poszczególnymi osobami uczestniczącymi w procesie stosowania przymusu bezpośredniego;
- b) poprawa w zakresie stosowania prawidłowych zabezpieczeń podczas unieruchomienia pacjentów, m. in. zaczęto stosować pasy zabezpieczające, podkłady niwelujące powstanie otarć, większą uwagę przywiązuje się do dbania, aby pacjent był przykryty;
- c) prawidłowe wypełnianie dokumentacji medycznej w przedmiotowym zakresie;
- d) organizacja szkoleń (przez dyrekcję) w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego;
- e) czynny udział *Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego* w szkoleniu szpitalnych grup interwencyjnych;
- f) w jednej z palcówek zmiana kadry kierowniczej oraz kadry bezpośrednio sprawującej opiekę nad hospitalizowanymi pacjentami. W wyniku stwierdzonych nieprawidłowości zostały wszczęte odpowiednie postępowania sądowe i dyscyplinarne.

2.7.4 Prawo pacjenta do intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych¹⁰

Kwestia wymagająca systematycznego monitorowania.

Przykłady naruszeń:

- a) szarpanie, popychanie i lekceważące zwroty średniego personelu medycznego kierowane do pacjentów;
- b) stosowanie nadmiernej siły fizycznej wobec pacjentów;
- c) piętnowanie pacjentów w obecności innych osób;
- d) wchodzenie przez pielęgniarki bez uprzedzenia lub pukania do toalet oraz łazienek, bez wyraźnych wskazań zdrowotnych;

¹⁰ Art. 2 ust. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego; art. 20–22 ustawy o prawach pacjenta; art. 18 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej; art. 36 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza; § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego; pkt 6 Rozdziału XII (szczegółowo określającego wymagania oddziału psychiatrycznego) załącznika 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 116, poz. 985, z późn. zm.); art. 12 Kodeksu etyki lekarskiej (tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy).

- e) brak swobody przy prowadzeniu rozmów telefonicznych z automatów (obecny personel medyczny);
- f) przekazywanie informacji pacjentom w obecności innych osób w miejscach nieodpowiednich (np. na korytarzu);
- g) ograniczanie dostępu pacjentom do sal sypialnych, pomieszczeń sanitarnych;
- h) angażowanie pacjentów do prac porządkowych (sprzątania sal, toalet i korytarzy) i innych niedozwolonych czynności (wnoszenia i wynoszenia przed oddział termosów i baniek z posiłkami);
- i) brak osłoniętych okien w pomieszczeniach sanitarnych;
- j) udostępnianie pacjentom papieru toaletowego w dyżurkach i wydawanie go po złożeniu stosownej prośby/wniosku;
- k) brak klamek w drzwiach do sal, łazienek;
- l) zabieranie pacjentom ubrań, po przyjęciu do szpitala, co wiąże się z koniecznością chodzenia w oddziale w pidżamie; pacjenci (w odcinkach obserwacyjnych, poruszający się po oddziale lub unieruchomieni) nie ubrani lub ubrani niekompletnie;
- m) kąpiel pacjenta wykonywana przez personel medyczny przy otwartych drzwiach;
- n) stosowanie nocnych kontroli zachowania się pacjentów – co 2 godziny w nocy personel niespodziewanie zapalał światło sprawdzając czy pacjenci nie spożywają alkoholu;
- o) publiczne upominanie pacjentki w trakcie społeczności oddziałowej (pacjentka rzekomo nie dbała o higienę osobistą);
- p) utrwalanie wizerunku pacjentów podczas zajęć rehabilitacyjnych za pomocą urządzeń audiowizualnych bez zgody przedstawicieli ustawowych pacjentów;
- q) naruszenie godności przez „ubieranie pacjenta w pampers” (dot. młodej, sprawnej i samodzielnej pacjentki w unieruchomieniu, która dopominała się czasowego zwolnienia z zabezpieczenia);
- r) stosowanie kar (cofnięcie wolnych wyjść za nieprzestrzeganie regulaminu Oddziału, np. opuszczenie zajęć terapeutycznych, opłaty za palenie).

Działania podjęte przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego:

- a) ustne i pisemne wystąpienia do dyrektorów placówek;
- b) wystąpienia do konsultanta krajowego;
- c) weryfikacja protokołów kontrolnych Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego i sprawdzenie wykonania zaleceń pokontrolnych;

- d) informowanie pacjentów o przysługujących im prawach;
- e) przeprowadzenie szkoleń dla personelu pielęgniarskiego;
- f) natychmiastowa interwencja w chwili dostrzeżenia naruszenia.

Efekty podjętych działań:

- a) w kwestii wchodzenia przez pielęgniarki bez uprzedzenia lub pukania do toalet, zaprzestano rzeczonych praktyk;
- b) zabezpieczenie okien w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych i zawieszenie zasłon w kabinach prysznicowych;
- c) w kwestii dotyczącej niezapewnienia intymności podczas prowadzenia rozmów telefonicznych, *Rzecznicy* uzyskali informację od Ordynatorów poszczególnych oddziałów oraz od dyrektorów, iż zwrócą na ten problem szczególną uwagę oraz przeprowadzą rozmowy edukacyjne z personelem medycznym;
- d) zakup nowych parawanów oraz przywiązywanie większej uwagi do miejsca i formy bezpośredniego kontaktu z pacjentem;
- e) zaprzestanie udzielania informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta w obecności innych osób nieupoważnionych przez pacjenta;
- f) powyższa kwestia, tj. prawo pacjenta do intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych była przedmiotem analiz i dyskusji na spotkaniach personelu medycznego z dyrektorem placówki;
- g) personel pilnuje, aby pacjenci byli ubrani, a w trakcie unieruchomienia okryci;
- h) zakup i wstawienie nowych szyb w oknach pomieszczeń sanitarnych, zakup zasłon;
- i) kąpanie pacjentów jedynie przy zamkniętych drzwiach wejściowych do łazienki.
- j) zaprzestanie angażowania pacjentów do prac porządkowych.

Stanowisko Pani prof. Ireny Namysłowskiej, Konsultanta Krajowego w dziedzinie Psychiatrii Dzieci i Młodzieży – *„prace porządkowe mogą być wykonywane przez pacjentów jedynie, jeśli sami tego chcą, w ramach całościowego programu terapeutyczno-rehabilitacyjnego. Nie powinni być wyznaczani do tych zajęć przez personel szpitala”*;

- k) stosownie do stanowiska konsultanta krajowego, zaprzestano praktyki utrwalania wizerunku pacjentów podczas zajęć rehabilitacyjnych za pomocą urządzeń audiowizualnych bez zgody przedstawicieli ustawowych pacjentów;
- l) w kwestii przeprowadzania kontroli rzeczy bez zgody pacjenta opracowano procedury postępowania z pacjentem.

Stanowisko Pana dr n. med. Macieja Kuligowskiego, Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Psychiatrii, który w piśmie z dnia 29 września 2010 r. podzielił pogląd Biura Rzecznika Praw Pacjenta, iż: „*personel ma prawo kontroli rzeczy osobistych pacjenta podczas przyjęcia do szpitala czy oddziału oraz w nagłych przypadkach tj. przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego polegającego na unieruchomieniu lub izolacji. W przypadku, gdy pacjent jest już przyjęty w stan chorych dotyczy to uzasadnionego podejrzenia, że pacjent posiada niebezpieczne przedmioty, które mogą zagrażać jego życiu lub zdrowiu i życiu innych osób. W innych przypadkach powinien uzyskać zgodę pacjenta. W każdym przypadku pacjent powinien być poinformowany o możliwości kontroli i poproszony o wydanie niebezpiecznych przedmiotów. W/w sytuacje muszą być opisane w dokumentacji lekarskiej lub pielęgniarskiej, a cała procedura zawarta w regulaminie szpitala lub oddziału. Wszystkie powyższe czynności muszą być przeprowadzone z zachowaniem godności pacjenta*”.

2.7.5 Nieetyczne zachowanie personelu medycznego wobec pacjentów¹¹

Kwestia wymagająca systematycznego monitorowania.

Przykłady naruszeń:

- a) przeważająca ilość skarg dotyczyła zachowania personelu pielęgniarskiego i sanitariuszy: zwracanie się do pacjentów w sposób poniżający, nieuprzejmy, nie wykazywanie troski oraz obojętność w szczególności na dyżurach nocnych i w dni ustawowo wolne od pracy;
- b) nie reagowanie personelu pielęgniarskiego na potrzeby pacjentów szczególnie w podeszłym wieku, głównie w godzinach nocnych oraz w dni ustawowo wolne od pracy;
- c) stosowanie kar za palenie papierosów: opłata w postaci 5 zł lub sprzątanie oddziału.

Działania podjęte przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego:

- a) interwencje u dyrektorów ds. medycznych, ordynatorów oddziałów, pielęgniarek naczelnych oraz oddziałowych;
- b) poruszanie przedmiotowych kwestii na zebraniach społeczności.

¹¹ Art. 4 ustawy o zawodzie lekarza; art. 18 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej; Kodeks etyki lekarskiej (tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy).

Efektom podjętych działań była - w opinii pacjentów - poprawa w postawie etycznej personelu medycznego.

2.7.6 Złe warunki bytowe¹²

Kwestia wymagająca systematycznego monitorowania.

Przykłady naruszeń:

- a) złe warunki sanitarne wymagające natychmiastowej modernizacji (odrapane ściany, grzyb, pleśń, insekty, ubytki w ścianach, niedogrzone pomieszczenia, brak terakoty, glazury, ciepłej wody, brak/uszkodzone akcesoria łazienkowe tj. uchwyty i pojemniki łazienkowe, uszkodzone słuchawki od prysznic i kabiny prysznicowe);
Przykład - pacjentka poruszająca się na wózku inwalidzkim korzystając z toalety, upadła i złamała wyrostek nadgarstka lewej kończyny. Do urazu doszło na skutek nie przymocowania deski do muszli klozetowej. Rzecznik pomógł pacjentowi w zredagowaniu wniosku do Dyrektora Szpitala i jego ubezpieczyciela o przyznanie zadośćuczynienia - szkoda w trakcie likwidacji.
- b) nieszczelny dach, ubytki tynku w stropie, ciekąca woda wzdłuż przewodów elektrycznych była przyczyną wyłączenia sal chorych, terapii zajęciowej i innych pomieszczeń w jednej z placówek.
Przykład - decyzją Kierowników Klinik wstrzymano przyjmowanie pacjentów do oddziałów psychiatrycznych, tym samym ograniczono pacjentom dostęp do świadczeń medycznych z zakresu psychiatrii.
- c) niehigieniczne i nieodpowiednie warunki spożywania posiłków;
- d) umieszczanie zbyt wielu pacjentów w pokojach łóżkowych oraz w salach obserwacyjnych;
- e) umieszczanie pacjentów na dostawkach w korytarzach oddziałów (pacjentów nowoprzyjętych, wyznaczonych do obserwacji);
- f) niesystematyczne i niesumienne sprzątanie lub niedostateczne stosowanie płynów dezynfekcyjnych oraz środków czystości w pomieszczeniach sanitarno-higienicznych;
- g) umiejscowienie palarni w holach przejściowych, co uniemożliwia przejście do któregośkolwiek z oddziałów bez wdychania dymu tytoniowego (zmiana tego stanu wymaga zdaniem zakładów opieki zdrowotnej dodatkowych nakładów finansowych);

¹² Art. 9 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej; rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.

- h) ograniczony dostęp do pomieszczeń sanitarno-higienicznym w oddziałach;
- i) prowadzenie prac remontowych w czasie hospitalizacji pacjentów (kurz, hałas);

Działania podjęte to wystąpienia ustne i pisemne do dyrektorów placówek i organów założycielskich zakładów opieki zdrowotnej w celu podjęcia działań skutkujących poprawą przedmiotowych warunków.

Efekty podjętych działań:

- a) systematyczne przeprowadzanie remontów, modernizacji i termomodernizacji budynków (w tym: wymiana grzejników, okien, malowanie pomieszczeń, etc.);
- b) przeprowadzono kontrole techniczne potwierdzające bezpieczeństwo użytkowania obiektu pod względem bhp, ppoż. i sanitarnym;
- c) zakup dodatkowych naczyń stołowych niezbędnych do zaspokojenia potrzeb wszystkich pacjentów szpitala, co umożliwiło jednoczesne spożywanie posiłków wszystkim pacjentom;
- d) większa dbałość personelu o zadowalający poziom sanitarny pomieszczeń;
- e) uszczelnienie okien w salach pacjentów;
- f) podjęcie działań mających na celu zapewnienie pacjentom ciągłego dostępu do ciepłej wody w łazienkach;
- g) zakup nowych łóżek oraz szafek przyłóżkowych;

2.7.7 Prawo pacjenta do wystąpienia o wyrażenie zgody na okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania z zakładu¹³

Kwestia wymagająca systematycznego monitorowania.

Przykłady naruszeń:

- a) niezyskiwanie od ordynatora, lekarza prowadzącego wyczerpującego uzasadnienia odmowy wydania przepustki na okresowe przebywanie poza szpitalem;
- b) wydawanie pacjentom zgody na wolne wyjścia poza teren Szpitala w oparciu o tryb hospitalizacji tj. dla pacjentów, którzy wyrazili zgodę na leczenie;
- c) występowanie do bliskich z zapytaniem, czy wyrażają zgodę na wyjście pacjenta (nie orzeczono ubezwłasnowolnienia) na przepustkę.

¹³ Art. 14 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Działania podjęte przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego:

- a) wystąpienia do ordynatorów oraz lekarzy prowadzących w celu wyjaśnienia pacjentowi przyczyny odmowy wydania przepustki;
- b) nawiązanie kontaktu z rodziną pacjenta. W przypadkach, gdy pacjent nie mógł opuścić szpitala, Rzecznik namawiał bliskich pacjenta do odwiedzin w szpitalu.

Efekty działań:

- c) lekarze w sposób wyczerpujący i zrozumiały dla pacjenta wyjaśniali przyczyny odmowy wydania przepustki;
- d) w niektórych przypadkach lekarz wyznaczał ewentualny późniejszy termin wydania przepustki.

2.7.8 Prawo pacjenta do opieki pielęgniarskiej udzielanej ze szczególną starannością¹⁴

Kwestia wymagająca systematycznego monitorowania.

Przykłady naruszeń:

- a) skargi na jakość opieki pielęgniarskiej nad pacjentami (szczególnie dotyczy pacjentów w podeszłym wieku, leżących oraz wobec których został zastosowany przymus bezpośredni w formie unieruchomienia);
- b) pomyłki przy wydawaniu leków (pielęgniarki przez okres 2 tygodni wydawały pacjentce inny lek, niż ten, który został zlecony przez lekarza);
- c) brak reakcji personelu na bezradność pacjentów w niektórych sytuacjach np. w skorzystaniu z łazienki, toalety, w założeniu odzieży, przy spożywaniu posiłków;
- d) nie reagowanie na prośby pacjentów (w szczególności leżących) w kwestii dotyczącej podawania posiłków i płynów;
- e) niereagowanie przez personel pielęgniarski na pacjentów nieubranych, ubranych niekompletnie, rozbierających się publicznie, nie kontrolujących potrzeb fizjologicznych;
- f) niereagowanie na wzajemne zaczepki pacjentów;
- g) nieuprzejme zwracanie się do pacjenta przez personel sprzątający;
- h) przrzucanie obowiązków pielęgniarskich na pacjentów, przykładem jest: karmienie przez jedną z pacjentek pacjentki niedołącznej nie będącej w stanie samodzielnie spożyć posiłku;

¹⁴ Art. 18 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

- i) oglądanie w trakcie pracy TV, stawianie pasjansa w komputerze (odmowa podjęcia rozmowy z pacjentem – „*jestem zajęta*”), odmowa udzielenia wsparcia poprzez rozmowę („*nie muszę z Panią rozmawiać, od tego jest psycholog*”);
- j) zastraszanie pacjentów raportowaniem za zakłócanie ciszy nocnej (dot. pacjentów, którzy nie mogąc usnąć spacerują po korytarzu);
- k) wydawanie wody w celu zaparzenia herbaty/kawy jedynie w ściśle określonych godzinach;
- l) niewłaściwa opieka nad zabezpieczonymi pacjentami (pampers zamiast czasowych zwolnień);
- m) pozostawienie pacjenta w zanieczyszczonym prześcieradle (odmowa zmiany pościeli pomimo próśb składanych przez pacjenta).

Działania podjęte:

- a) wystąpienia ustne do pielęgniarek naczelnych i oddziałowych;
- b) natychmiastowe interwencje u personelu pielęgniarskiego pełniącego dyżur;
- c) wystąpienia do dyrektorów placówek o dodatkowe przeszkolenie personelu pielęgniarskiego w zakresie należytej opieki i pielęgnacji pacjenta leżącego;
- d) przeprowadzenie okresowych kontroli wszystkich oddziałów w ww. zakresie;
- e) przeprowadzanie cyklicznych zajęć dla personelu pielęgniarskiego oraz sprząającego;
- f) przeprowadzanie szkoleń dla pielęgniarek z zakresu zasad etyki zawodowej.

Efekty działań:

- a) podjęcie natychmiastowych działań przez personel pielęgniarski;
- b) podejmowane stosowne działania przez dyrektorów i ordynatorów oddziałów;
- c) reorganizacja pracy personelu pielęgniarskiego oraz zmiany personalne, polegające na przesunięciu pielęgniarek na inne oddziały.

2.7.9 Prawo do porozumiewania się bez ograniczeń¹⁵

Kwestia wymagająca systematycznego monitorowania.

Przykłady naruszeń:

- a) ograniczenia w prowadzeniu rozmów telefonicznych; pacjenci sprzeciwiali się praktyce prowadzenia rozmów w obecności personelu;
- b) brak aparatu telefonicznego na terenie oddziału;

¹⁵ Art. 13 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

Działania podjęte przez Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego to wystąpienia pisemne do Dyrektora Szpitala, Kierownika Oddziału, organu założycielskiego w celu podjęcia działań skutkujących poprawą przedmiotowych warunków.

Efekty działań:

Wykazanie się personelu większą wrażliwością na w/w problem. Kontakt telefoniczny nie został w pełni udostępniony, gdyż w niektórych przypadkach kontrola czy obecność w pobliżu terapeuty jest niezbędnym elementem kontrolowania zachowań pacjentów.

2.7.10 Prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające świadczeń zdrowotnych, informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego¹⁶.

Przykład naruszeń: niedochowanie przez pielęgniarkę tajemnicy zawodowej;

Działania podjęte:

- a) pisemne wystąpienie do Dyrektora ds. Pielęgniarstwa o wyjaśnienie zgłoszonej sprawy;
- b) pacjent został poinformowany o możliwościach dochodzenia swoich praw przed sądem.

Efekty działań to uświadomienie personelowi wagi przestrzegania ww. prawa.

2.7.11 Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie¹⁷

Przykład naruszeń: pacjenci jednej z placówek podpisywali oświadczenia o treści: „szpital nie przechowuje depozytów wartościowych, za pieniądze i przedmioty wartościowe posiadane przez chorego szpital nie ponosi odpowiedzialności”.

Działania podjęte przez Rzeczników to wystąpienia ustne i pisemne do Dyrektorów Szpitali z wnioskiem o usunięcie w/w oświadczenia oraz prowadzenie depozytu zgodnie z przepisami.

¹⁶ Art. 13., Art. 14 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

¹⁷ Art. 39 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2009 r. w sprawie prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej (Dz. U. 2009 nr 129 poz. 1068).

Efekty działań podjętych przez Rzeczników w/w oświadczenie zostało wycofane, placówka zaczęła prowadzić depozyt zgodnie z przepisami.

2.7.12 Prawo do opieki duszpasterskiej¹⁸

Przykład naruszeń: brak obecności kapelana w oddziałach obserwacyjnych.

Działania podjęte przez Rzeczników:

- kierowanie ustnych oraz pisemnych wystąpień do władz szpitala;
- odbycie osobistych rozmów z kapelanami.

Efekty podjętych działań: na terenie placówki zostały umieszczone dokładne informacje o możliwości kontaktu telefonicznego z księdzem.

2.8 POZOSTAŁE SPRAWY ZGŁASZANE DO RZECZNIKÓW PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO WYMAGAJĄCE OMÓWIENIA

2.8.1 Prawo pacjenta do najmniej uciążliwej metody leczenia oraz organizacja czasu wolnego¹⁹

Kwestia organizacji czasu wolnego w większości placówek od początku funkcjonowania *Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego* stanowi nadal otwarty problem. Przede wszystkim chodzi tu o godziny popołudniowe i weekendy. Pacjenci narzekają na nudę, bezczynność i brak zainteresowania ze strony personelu (głównie pielęgniarstwa). Problem ten, pomimo podejmowanych systematycznie działań przez *Rzeczników o Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego* oraz zaangażowania dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej, nadal jest otwarty i wymaga monitorowania. Głównym problemem obok właściwej organizacji pracy w oddziałach jest kwestia finansowa (brak środków finansowych na opłacenie dodatkowych etatów terapeutów zajęciowych).

Przykłady naruszeń:

- a) okresowo brak opieki psychologicznej;

¹⁸ Art. 36 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

¹⁹ Art. 12 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

- b) brak możliwości lub niezapewnienie dostatecznej możliwości korzystania z codziennych spacerów na terenie szpitala – brak osób z personelu do pilnowania pacjentów;
- c) nieinformowanie pacjentów o różnych formach zajęć terapeutycznych i o planie przedmiotowych zajęć – brak dostępności do rzeźzonego planu przez pacjentów.

Działania podjęte:

- a) wystąpienia do dyrektorów placówek i ordynatorów poszczególnych oddziałów z wnioskiem o większą ilość i przesunięcie godzin zajęć terapeutycznych (np.: praca w systemie zmianowym terapeutów i psychologów);
- b) wystąpienia do konsultantów wojewódzkich;
- c) wystąpienia ustne do osób koordynujących pracę zespołu terapeutycznego;
- d) wystąpienia do dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej o dofinansowania terapii zajęciowej.

Efekty działań:

- a) przesunięcie psychologów z innych oddziałów;
- b) rzetelne informowanie pacjentów o dostępnych formach terapii oraz bardziej rzetelna realizacja planów zajęć przez terapeutów;
- c) umieszczenie w oddziałach informacji dla pacjentów o zakresie zajęć;
- d) znaczna poprawa w zakresie dotyczącym codziennych spacerów oraz umożliwienie dokonywania codziennych zakupów pod opieką instruktorów terapii zajęciowej, co wiąże się z rzeczywistą nauką i ćwiczeniem czynności dnia codziennego;
- e) zatrudnienie pracownika/ terapeuty zajęciowego; szpital również uwzględnił prośbę *Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego* dotyczącą przedłużenia funkcjonowania sali terapeutycznej w godzinach popołudniowych.

2.8.2 Brak świadomości bezpiecznego pobytu w szpitalu

Kwestia wymagająca systematycznego monitorowania.

Przykłady naruszeń:

- a) zaniedbywanie swoich obowiązków zawodowych przez średni personel medyczny w godzinach wieczornych i nocnych;

- b) brak przestrzegania przepisów odnoszących się do wymagań przeciwpożarowych, sanitarnych oraz BHP (ciągi komunikacyjne, drogi ewakuacyjne, korytarze zastawione łózkami, dostawkami i innym sprzętem);
- c) nieprawidłowa organizacja, logistyka oddziału (niezabezpieczona klatka schodowa i usytuowana na terenie oddziału);
- d) brak możliwości uzyskania informacji nt. imienia i nazwiska, pełnionej funkcji osób z personelu medycznego (odmowa udzielenie informacji, brak identyfikatorów);
- e) niewłaściwy sposób postępowania z pacjentem w trakcie transportu (chorzy zabierani w pośpiechu, nie mają możliwości zabrać do Szpitala rzeczy niezbędnych tj. bielizna i środki czystości);
- f) brak skutecznego nadzoru nad sprawcami przebywającymi w oddziałach przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia. Brak wystarczającej liczby personelu skutkowało niezapewnieniem dostatecznej ochrony przed niebezpiecznymi zachowaniami pacjentów, aktami przemocy, w tym przemocy seksualnej pomiędzy pacjentami, patologicznymi mechanizmami np. handel wyrobami tytoniowymi;
- g) brak nadzoru nad pacjentami internowanymi przebywającymi w oddziałach ogólnych, pacjenci swobodnie opuszczali szpital.

Działania podjęte:

- a) kontrola dostępności gaśnic oraz hydrantów w obrębie każdego z oddziałów;
- b) ustne i pisemne wystąpienia do dyrektorów placówek w sygnalizowanym powyżej zakresie.

Efekty działań:

- a) przeprowadzenie przez dyrektorów, ordynatorów oddziałów i pielęgniarki naczelne rozmów dyscyplinujących z personelem;
- b) zatrudnienie portierów;
- c) przeprowadzono bieżące kontrole ppoż. i bhp w zakresie przedmiotowego wniosku.

2.8.3 Wyżywienie²⁰

Kwestia ta wymaga ciągłego monitorowania

Przykład naruszeń: w ocenie pacjentów: brak różnorodności, zbyt małe porcje, nieodpowiednia temperatura, nieodpowiednie pory podawania posiłków, spóźnianie się posiłków, nieestetyczny sposób wydawania posiłków;

Działania podjęte:

- a) wystąpienia ustne i pisemne do dyrektorów placówek, w celu podjęcia działań skutkujących poprawą powyższej sytuacji;
- b) nawiązanie stałej współpracy z dietetykiem szpitala oraz interwencje u dietetyków lub osób odpowiedzialnych za wyżywienie na terenie placówki;
- c) wizyty *Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego* w czasie spożywania przez pacjentów posiłków (kontrole w zakresie: sposobu ich podawania, zabezpieczenia w dostateczną liczbę i stan naczyń stołowych, warunków spożywania posiłków, tj. czystości obrusów i stołów) z obserwacjami ukierunkowanymi na sprawowanie opieki pielęgnacyjnej, w szczególności udzielania pomocy w spożywaniu posiłków przez pacjentów niezdolnych do samodzielnego wykonywania tych czynności. W gestii zainteresowania *Rzecznika* było również sprawdzenie, czy w oddziale są odpowiednie warunki do przechowywania żywności – (działania w tym zakresie *Rzecznicy* zmuszeni są podejmować systematycznie).

Efekt działań:

- a) zmiany firm cateringowych;
- b) nadzór i kontrola nad pracownikami zajmującymi się przygotowywaniem posiłków (m.in. przez dietetyka);
- c) urozmaicenie podawanych posiłków.

2.9 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,

²⁰ Art. 20 ust. 1 pkt 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

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 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 o ochronie zdrowia psychicznego. W przypadkach zastosowania wobec pacjenta środków przymusu bezpośredniego *Rzecznik* 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 w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego. W przypadkach zastosowania przymusu w formie unieruchomienia, *Rzecznik* 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 lub 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.

2.10 DZIAŁALNOŚĆ INFORMACYJNO-EDUKACYJNA RZECZNIKA PRAW PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

Prowadzenie przez *Rzecznika* działalności informacyjno-edukacyjnej jest bardzo istotnym elementem z punktu widzenia korzyści, jakie ta działalność za sobą niesie dla wszystkich stron: pacjenta, personelu medycznego oraz *Rzecznika*. Działalność informacyjno-edukacyjna poprzez wzrost świadomości prawnej prowadzi do zmniejszenia u pacjentów poziomu lęku spowodowanego przebywaniem w szpitalu psychiatrycznym, zwłaszcza u osób leczonych bez ich zgody, wytworzenia u pacjentów motywacji do współpracy z personelem medycznym, *Rzecznikiem*, eliminowania u personelu medycznego przez samych pacjentów niewłaściwych zachowań w stosunku do nich.

W ramach prowadzenia tego typu działalności systematycznie organizowane są tzw. spotkania, m. in. z następujących tematów:

- a) Pacjent w systemie opieki zdrowotnej;
- b) Badanie psychiatryczne i skierowanie do szpitala psychiatrycznego;
- c) Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego;
- d) Leczenie bez zgody;
- e) Prawa pacjenta związane z postępowaniem przed sądem opiekuńczym;
- f) Ograniczenia praw pacjenta (m.in.: „wolne wyjścia”, przepustki, wypis na żądanie);
- g) Dokumentacja medyczna;
- h) Przymus bezpośredni;
- i) Instrumenty ochrony praw pacjenta;
- j) Detencja – przymusowe leczenie na zasadzie wykonywania środka zabezpieczającego;
- k) Obowiązki zawodowe personelu medycznego;
- l) Ubezwłasnowolnienie: częściowe i całkowite;
- m) Prawa małoletniego pacjenta.

Częstotliwość organizowanych przez Rzeczników spotkań uzależniona jest od rotacji pacjentów w poszczególnych oddziałach, jak również zgłaszania przez pacjentów tematów wymagających omówienia.

Rzecznicy dostrzegają efekty powyższych spotkań. Personel medyczny reaguje na świadomych pacjentów, których zaczyna traktować inaczej (podmiotowo, z szacunkiem). Zaobserwować można, że poinformowany o swoich prawach pacjent znacznie lepiej rozumie i akceptuje sytuację, w której się znalazł, np. łatwiej akceptuje decyzje lekarzy o przedłużeniu

hospitalizacji, podejmuje dialog z lekarzem, chętniej dostosowuje się do lekarskich oraz pielęgniarskich propozycji terapeutycznych, co niewątpliwie ma istotne znaczenie dla procesu leczenia.

Zainteresowanie spotkaniami było zróżnicowane w zależności od oddziału oraz od długości pobytu pacjenta w szpitalu. Nadal – podobnie jak w poprzednim okresie sprawozdawczym – bardzo rzadko w spotkaniach brały udział rodziny pacjentów.

W oddziałach psychiatryczno-sądowych o wzmocnionym zabezpieczeniu w ramach działalności informacyjno-edukacyjnej, *Rzecznik* przekazywał na bieżąco wiedzę w przedmiocie praw osób, wobec których realizowany jest środek zabezpieczający. Wciąż aktualnym problemem edukacyjnym dla tych osób jest zrozumienie samego pojęcia środka zabezpieczającego, jak i podstaw i przyczyn jego orzeczenia.

Prowadzone są nadal cotygodniowe tzw. spotkania wspierające (będące alternatywą dla spotkań informacyjno-edukacyjnych) dla pacjentów przebywających w oddziałach dla przewlekle chorych.

Zauważyć należy, iż co raz częściej personel medyczny, zwłaszcza kadra profesorska dostrzega w *Rzeczniku* unikalne źródło wiedzy prawno – psychiatrycznej. Dowodem uznania w powyższym zakresie może być fakt, iż część *Rzeczników* została przyjęta do grona Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Polskiego Towarzystwa Psychiatrii Sądowej. Spotkania *Rzeczników* z przyszłymi lekarzami – w tym również przyszłymi psychiatrami – daje szansę zaszczepienia idei praw pacjenta. Zgodnie z uzyskanymi informacjami studenci kierunków medycznych nie posiadają odrębnych zajęć z praw pacjenta (temat ten poruszany jest jako jeden z wielu w trakcie zajęć z prawa medycznego).

WNIOSKI

W dalszym ciągu dostrzegalny jest problem związany z brakiem uprawnień do dokonywania przez *Rzecznika* wglądu w dokumentację medyczną pacjenta z urzędu (niezależnie od jego zgody). Wymóg każdorazowego uzyskiwania zgody opiekuna prawnego, bądź faktycznego pacjenta w dużej mierze utrudnia dokonywanie na bieżąco czynności związanych z oceną przestrzegania praw pacjentów, wobec których zastosowano przymus bezpośredni oraz niezdolnych do wyrażenia zgody lub stosunku do przyjęcia albo leczenia. Listowne prośby o odesłanie podpisanego upoważnienia do wglądu *Rzecznika* w dokumentację medyczną – również w 2010 r. – nie zawsze odnosiły skutek oraz znacząco wydłużały czas trwania postępowania wyjaśniającego.

Instrumentem przydatnym w pracy *Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego* byłoby także wyraźnie przyznane uprawnienie do żądania przedłożenia przez szpital psychiatryczny danych osobowych i teleadresowych określonych grup pacjentów, statystyk dotyczących liczby przyjęć w oparciu o poszczególne przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Uprawnienie powyższe jest niezbędne dla sprawnego wywiązywania się z obowiązków *Rzecznika* nałożonych przez ustawę o ochronie zdrowia psychicznego i rozporządzenie w sprawie szczegółowego trybu i sposobu działania *Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego*.

Również przebywanie w jednym oddziale osób z rozpoznaniem uzależnieniem oraz osób dotkniętych silnymi zaburzeniami lękowymi powodować może pojawienie się tworzenia kategoryzacji wśród samych pacjentów. Pojawia się tutaj swoista wewnątrzszpitalna stygmatyzacja ciężko zaburzonych pacjentów. Podobne zjawiska zaobserwować można na oddziałach psychiatrii dziecięco-młodzieżowej. W oddziałach tych także należy rozważyć możliwość systemowego podziału na specjalistyczne pododdziały dla pacjentów prezentujących: zaburzenia zachowania/adaptacyjne, zaburzenia rozwojowe (autyzm), upośledzenie umysłowe, choroby psychiczne oraz depresje.

Ograniczony dostęp do szeroko rozumianej terapii pozafarmakologicznej – psychoterapii, terapii zajęciowej, turnusów rehabilitacyjnych, treningów umiejętności społecznych w większości zakładów opieki zdrowotnej sprawujących całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową. Bardzo istotną kwestią jest dostosowanie programu rehabilitacyjnych do indywidualnego pacjenta i jego potrzeb. Zasadne wydaje się zwiększenie środków finansowych na pracownie terapeutyczne, co może pozytywnie wpłynąć na wzmożoną aktywizację pacjentów.

Nadal koniecznym wydaje się zwiększenie ilości i jakości szkoleń dla personelu medycznego sprawującego opiekę nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności biorącego udział w stosowaniu przymusu bezpośredniego. Powyższe szkolenia miałyby na celu ścisłe przestrzeganie przez personel medyczny unormowań prawnych w zakresie zasad stosowania m.in. przymusu bezpośredniego oraz wykształcenie postaw, które charakteryzowałyby się traktowaniem pacjenta jako podmiot, a nie przedmiot udzielenia świadczenia zdrowotnego oraz szkolenie z zakresu wypełniania dokumentacji medycznej pacjenta, m.in. karty zastosowania przymusu bezpośredniego. Warto rozważyć możliwość przeprowadzania szkoleń dla personelu z zakresu bezpiecznego obezwładniania pacjenta agresywnego.

W kwestii angażowania pacjentów szpitali psychiatrycznych oraz oddziałów psychiatrycznych szpitali ogólnych do prac porządkowych (w znacznie mniejszym zakresie niż to miało miejsce w 2009 r.) należy zaznaczyć, że osoby te są często bardzo podatne na wpływ czynników zewnętrznych i zgadzają się na wskazane praktyki. Z uwagi na stan psychiczny pacjenci mają problemy z wyrażaniem sprzeciwu z uwagi na lęk, iż mogą mieć w przyszłości problemy z przyjęciem do szpitala lub przedłużeniem hospitalizacji.

Aktualną i bardzo istotną kwestią w aspekcie ochrony praw pacjenta byłaby możliwość przeprowadzania rozpraw sądowych w przedmiocie zasadności przyjęcia pacjenta bez zgody na miejscu w szpitalu psychiatrycznym. Sytuacje, w których szpital nie jest w stanie zapewnić transportu lub obsady personelu wywołują gniew i rozczarowanie wśród pacjentów, a u pacjentów psychotycznych dodatkowo wzmacniają objawy urojeniowe, w których to szpital jest „w spisku”.

Szczególną uwagę zwrócić należy na liczne potrzeby ze strony pacjentów odnośnie opieki socjalnej w trakcie hospitalizacji. Pacjenci przychodząc do szpitala przynoszą ze sobą bagaż nierozwiązanych problemów związanych z relacją w rodzinie, w pracy, w innych placówkach medycznych, itp. Widoczna jest potrzeba wsparcia oraz pomocy w rozwiązywaniu tych problemów. Przeważnie sytuacja materialna pacjentów jest bardzo trudna. Zauważa się, iż w wielu placówkach brakuje etatowych pracowników socjalnych. Szpitale powiadamiają wtedy o problemach zewnętrzne instytucje np. MOPS.

Ponadto, pod koniec roku sprawozdawczego pojawił się problem związany z wprowadzonym w Szpitalach zakazem palenia (w związku z wejściem w życie *ustawy antynikotynowej*). Do *Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego* zaczęły napływać liczne wnioski i skargi od pacjentów w przedmiotowym zakresie. Pacjenci przebywający w Szpitalu wbrew swojej woli, zakaz palenia w trakcie hospitalizacji traktują, jako „kolejną karę”. Wprowadzony zakaz palenia doprowadza do licznych konfliktów między pacjentami, nawet zauważa się agresję wobec personelu Szpitala. Zaobserwowano również niepokojące zjawisko - nielegalny handel wyrobami tytoniowymi.

Pomimo wprowadzonego zakazu palenia i związanej z nim likwidacji tzw. palarni, pacjenci nadal palą, tyle że w ukryciu, w miejscach do tego nieprzystosowanych np. w toaletach, w salach sypialnianych..

Należy również zaznaczyć, że szpitale nie są należycie przygotowane do świadczenia usług zdrowotnych w zakresie terapii osób uzależnionych od nikotyny (brak programów, terapeutów).

PODSUMOWANIE

W dokonanej przez Biuro ogólnej ocenie oraz analizie działalności zakładów opieki zdrowotnej, w których pełnią funkcję Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego – większość problemów sygnalizowanych w poprzednich okresach sprawozdawczych, niestety nadal jest aktualna. Nadal zbyt często udzielana pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi w szpitalu, nie jest dostatecznej jakości, a warunki, w jakich jest udzielana, zbyt często bywają niegodne i poniżające.

Zauważyć jednak należy, iż świadczeniodawcy podejmują działania mające na celu zapewnienie pacjentom godnych warunków pobytu. W 2010 r. zostało podjętych szereg prac remontowo-modernizacyjnych.

Kontynuując i odnosząc się jednocześnie do zidentyfikowanych ryzyk, stwierdzić należy, iż wymagają one dalszego monitorowania przestrzegania praw pacjenta, systematycznego ich upowszechniania, jak również tworzenia odpowiednich procedur oraz budowania standardów postępowania. Niemniej jednak obserwowane przemiany wychodzą naprzeciw oczekiwaniom Rzecznika Praw Pacjenta i powinny pozytywnie wpłynąć na sytuację omawianej grupy pacjentów.

ZAKOŃCZENIE

Mając na uwadze powyższe, niniejszy dokument zawiera informacje o realizacji zadań ustawowych Rzecznika Praw Pacjenta. Na szczególne podkreślenie zasługuje fakt, iż Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 27 kwietnia 2011 roku formułując ocenę pozytywną wskazał, że Rzecznik Praw Pacjenta w 2010 roku realizował nałożone na niego zadania ustawowe (w tym przedstawianie ocen i wniosków zmierzających do zapewnienia skutecznej ochrony praw oraz analizowanie skarg pacjentów w celu określenia zagrożeń i obszarów w systemie ochrony zdrowia wymagających naprawy).

SPIS RYSUNKÓW

Rysunek 1 Schemat organizacyjny Biura Rzecznika Praw Pacjenta	8
Rysunek 2 Ulotka informacyjna – strona zewnętrzna	35
Rysunek 3 Ulotka informacyjna – strona wewnętrzna	35

SPIS WYKRESÓW

Wykres 1 Dynamika efektywności BRPP w latach 2009-2010.....	9
Wykres 2 Ilość spraw zgłoszonych do Biura Rzecznika Praw Pacjenta w roku 2009 i 2010	9
Wykres 3 Dynamika ilości podejmowanych spraw w latach 2009-2010 wg form działania...	10
Wykres 4 Dynamika zatrudnienia i działań BRPP w latach 2009-2010	10
Wykres 5 Ilość spraw zgłaszanych do Biura Rzecznika Praw Pacjenta.....	11
Wykres 6 Sprawy podejmowane przez Rzeczników Praw Pacjenta Szpitali Psychiatrycznych w 2010 r. (w Województwie Lubuskim Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego został zatrudniony od dnia 1grudnia 2010 roku).....	12
Wykres 7 Ilość podjętych/niepodjętych spraw przez BRPP.....	21
Wykres 8 Współpraca RPP z innymi organami	37
Wykres 9 Źródła kierowanych do RPP spraw	43
Wykres 10 Struktura płci petentów kierujących sprawy do RPP	44
Wykres 11 Struktura spraw skierowanych do BRPP za pomocą pism wg województw	45
Wykres 12 Struktura spraw skierowanych do BRPP za pomocą infolinii wg województw	45
Wykres 13 Struktura spraw skierowanych do BRPP za pomocą wizyt osobistych wg województw	45
Wykres 14 Podmioty w stosunku, do których najczęściej kierowano zarzuty.	46
Wykres 15 Forma prawna podmiotów, których dochodziło do zdarzeń, poddawanych ocenie RPP	46
Wykres 16 Struktura rodzaju świadczeń zdrowotnych, których dotyczyły zgłoszenia	47
Wykres 17 Załatwianie wniosków i zgłoszeń pacjentów w 2010 r.	48
Wykres 18 Problematyka spraw wg praw pacjenta. Infolinia.	48
Wykres 19 Problematyka spraw wg praw pacjenta. Pisma	49
Wykres 20 Ocena zasadności skarg kierowanych do Biura	49