

RPO-404584/12

Warszawa, 28.10.2012 r.



RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Pacjenta
Krystyna Barbara Kozłowska

RPP-ZZP-073-17-2/BW/12

BIURO RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH	
WPŁ.	2012 -10- 04
ZAL.	NR 1503056

Pan
Grzegorz Gomola
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Łukowie
ul. Dr. Andrzeja Rogalińskiego 3
21-400 Łuków

77
2012 -10- 09

Szanowny Panie Dyrektorze

W związku z otrzymaną informacją o wynikach kontroli¹ odnośnie stopnia przestrzegania praw osób umieszczonych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Łukowie w ramach środka zabezpieczającego, zwracam się z prośbą o przesłanie do Rzecznika Praw Pacjenta informacji o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych Krajowego Mechanizmu Prewencji działającego z upoważnienia Rzecznika Praw Obywatelskich sformułowanych w ramach przedmiotowej kontroli.

Zakres stwierdzonych nieprawidłowości dotyczył m.in.:

- 1) stosowania zbiorowych środków dyscyplinujących (zbiorowej odpowiedzialności);

W tym miejscu należy podnieść, iż wprowadzanie praktyki odpowiedzialności zbiorowej z jednoczesnym wskazywaniem konkretnego współpacjenta "winnego" wywoływanej frustracji stwarza dla tej osoby bezpośrednie zagrożenie życia i zdrowia. Wskazana praktyka uruchamia mechanizmy prowadzące do różnych form przemocy, zachowań patologicznych i motywuje do nieformalnego "egzekwowania dyscypliny" w obrębie grupy pacjentów - przy użyciu środków znajdujących się poza kontrolą personelu Oddziału. Praktyka personelu

¹ Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Łukowie z dnia 31.08.2012 r.

T. 30/11/2012

polegająca na przeniesieniu odpowiedzialności za ucieczkę na osoby trzecie wskazuje na stosowanie środków dyscyplinarnych, które - w świetle obowiązujących regulacji - nie mają podstaw prawnych. Tym samym brak jest uzasadnienia do stosowania wobec pacjentów szpitala psychiatrycznego instrumentów punitywnych. Pozbawienie człowieka możliwości zaspokojenia naturalnej i podyktowanej także względami zdrowotnymi potrzeby, jaką stanowi przynajmniej krótkotrwale codzienne przebywanie na świeżym powietrzu – jako środek dyscyplinujący wobec pacjenta - jest nie do przyjęcia.

Ponadto wskazana praktyka, także podważa zaufanie pacjentów do personelu, negatywnie wpływa na relacje terapeutyczne (pacjent-personel) i tym samym obniża efektywność leczenia, ponieważ stwarza w tym przypadku poczucie niesprawiedliwego traktowania (tego rodzaju decyzje odbierane są przez pacjentów jako forma ukarania za czyn, którego nie popełnili).

- 2) ubogiej oferty programowej w zakresie prowadzonych zajęć w ramach terapii zajęciowej (w tym brak opracowanych indywidualnych programów terapeutycznych, brak *rozkładów dnia*);

W *Raporcie Krajowego Mechanizmu Prewencji* wskazano, iż pacjenci podnosili temat doskwierającej im nudy i beczynności.

Warto w tym miejscu podnieść, iż w doktrynie przedmiotu, terapia zajęciowa jest formą psychoterapii (...), pozwala na wykorzystanie aktywności chorych w leczeniu zaburzeń psychicznych (...), dostarcza pacjentowi wielu okazji do kierowania własną aktywnością i eksperymentowania w odgrywaniu nowych ról, w pokonywaniu bierności i zależności od otoczenia². Ponadto podnosi się, iż „zajęcia terapeutyczne dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjentów powinny być integralną częścią postępowania leczniczo-rehabilitacyjnego³”. Dobór metod oddziaływań terapeutycznych ustala się na podstawie określonych deficytów, potrzeb i możliwości poznawczych pacjenta. Takiej analizy dokonują członkowie zespołu rehabilitacyjnego, tj. lekarz, psycholog, pielęgniarka, terapeuta zajęciowy. Należy podnieść, iż w *rozkładach dnia zajęć rehabilitacyjnych* powinny być uwzględniane różnorodne formy zajęć, obejmujące zajęcia indywidualne i grupowe. Dobór zajęć powinien uwzględniać aktualny stan psychiczny, możliwości fizyczne i poziom

² J. Meder, *Rehabilitacja*, [w]: *Psychiatria Tom III Terapia Zagadnienia etyczne, prawne, organizacyjne i społeczne; pod redakcją A. Bilikiewicza, S. Pużyńskiego, J. Rybakowskiego, J. Wciórki, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner Wrocław 2003. s.315.*

³ S. Dąbrowski, [w]: *S. Dąbrowski, J. Pietrzykowski, ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz, Warszawa 1997. s. 103.*

społeczno-kulturalny pacjenta. Terapia zajęciowa stanowi tę formę rehabilitacji w psychiatrii, która stwarza pacjentom najmniej trudności i wymagań, a więc powinna być stosowana przede wszystkim w najcięższych przypadkach.

Ponadto, Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji wskazali na brak dodatkowego terapeuty, brak systemu motywacyjnego (nagradzania za aktywne uczestnictwo w zajęciach oraz niewystarczające wyposażenie pracowni terapii zajęciowej w materiały (w tym pomoce edukacyjne). Wykazany stan faktyczny zubaża możliwość twórczego realizowania programu zajęć terapeutycznych. Mając na względzie powyższe informuję, iż omawiane zagadnienie zostało uregulowane w art. 15 ust. 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego*⁴ oraz akcie wykonawczym, tj. rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 października 1995 r. *w sprawie organizowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i nagradzania uczestników tych zajęć*⁵.

- 3) wprowadzonego zakazu/ograniczenia w kontaktach dzieci poniżej 14 roku życia z osobami hospitalizowanymi w oddziale psychiatrycznym;

Wprowadzenie granicy 14 roku życia wobec osób odwiedzających pacjentów nie znajduje uzasadnienia ani na gruncie prawa cywilnego, ani Kodeksu Rodzinnego i Opiekuńczego, co może wskazywać na relikty systemu, w którym 14 rok życia był statystycznym wiekiem zakończenia edukacji w szkole podstawowej. Mając na względzie prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, o którym mowa w art. 33 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*⁶, przypominam, że pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami. Analogiczny przepis znajdujemy w ustawie *o ochronie zdrowia psychicznego*. Art. 13 przywołanej ustawy stanowi, iż osoba z zaburzeniami psychicznymi przebywająca w szpitalu psychiatrycznym (...) ma prawo do porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami; korespondencja takiej osoby nie podlega kontroli. Komentowane przepisy obligują świadczeniodawcę do zapewnienia ww. prawa hospitalizowanym.

⁴ tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.

⁵ Dz. U. z 1995 r. Nr 127, poz. 614.

⁶ tj. Dz. U. z 2012 r. poz. 159, poz. 742.

Należy podnieść, iż ustawodawca wprowadził możliwość ograniczenia przez kierownika podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważnionego przez niego lekarza - praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku praw, o których mowa w art. 33 ust. 1, także ze względu na możliwości organizacyjne zakładu. Tym samym podmiot leczniczy może ograniczyć prawo pacjenta, ale nie pozbawić pacjenta prawa do utrzymywania osobistych kontaktów z innymi osobami bez rozróżnienia na wiek, jeżeli przemawiają za tym względy organizacyjne. Ponadto wydaje się, iż wprowadzenie rzeczonoego ograniczenia powinno być każdorazowo uzasadniane przez kierownika zakładu. Zatem wskazane jest – jak proponują Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji – zorganizowanie (wydzielenie) pomieszczenia dla osób odwiedzających.

W przedmiocie omawianej kwestii w załączeniu przekazuję opinię prof. Pana prof. dr hab. med. Tomasza Wolańczyka, Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży z dnia 24 maja 2012 r.

- 4) braku informacji o Biurze Rzecznika Praw Pacjenta oraz innych instytucjach, do których pacjenci mogą zwrócić się w sytuacji naruszenia ich praw.

Zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta określonych w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych, uwzględniającej ograniczenia tych praw określone w tych przepisach. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia tę informację w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym. Ponadto, ust. 3 przywołanego artykułu, stanowi, iż w przypadku pacjenta niemogącego się poruszać ww. informację, udostępnia się w sposób umożliwiający zapoznanie się z nią w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa.

Należy podnieść, iż Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji w *Raporcie* wskazali na brak wyeksponowanej informacji odnośnie opracowanej procedury wnioskowo-skargowej. Zgodnie z § 11 Załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w *sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*⁷, świadczeniodawca jest zobowiązany do umieszczenia wewnątrz budynków siedziby i jednostek organizacyjnych m.in. informacji dotyczących:

- danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta;
- praw pacjenta;

⁷ Dz. U. z 2008 r. Nr 81, poz. 484.

– trybu składania skarg i wniosków.

5) nierzetelnego sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej w zakresie prowadzenia obserwacji stanu zdrowia pacjentów;

Cytując: „*kolejne wpisy lekarskie do historii choroby są dokonywane w zależności od zmian stanu zdrowia co sprawia, że wpisy są nieregularne. Zdarzają się ponad miesięczne braki wpisów*”. Art. 23 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, stanowi, iż pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielanych mu świadczeń zdrowotnych. W celu realizacji wskazanego prawa, podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną, zgodnie z przepisami art. 24 ust. 1 - art. 27 ww. ustawy. Wskazana regulacja wiąże się z prawem pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia (art. 9 ust. 1 ustawy). Przedmiotową kwestię dotyczącą sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej reguluje § 10 ust. 1 pkt 4-6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.⁸

6) ograniczonej możliwości korzystania przez pacjentów (w tym osoby nieartykułujące swoich potrzeb) ze świadczeń specjalistycznych w zakresie leczenia stomatologicznego, zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, taki jak: okulary, aparat słuchowy, etc. (art. 15 w zw. z art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁹);

7) prowadzonego przez sanitariuszy handlu wyrobami tytoniowymi („10,00 PLN za papierosa”).

Wskazany stan rzeczy wymaga natychmiastowego podjęcia przez Kierownictwo Szpitala działań w zakresie zaniechania stosowanej przez sanitariuszy ww. praktyki. Powyższy proceder nosi znamiona wyzysku (wykorzystywania) osób z zaburzeniami psychicznymi.

Powyższe wskazuje na naruszenie następujących praw pacjenta, wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁰ (dalej: ustawa), tj. do:

⁸ Dz. U. z 2011 r. Nr 252, poz. 1697 z późn. zm.

⁹ tj. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.

¹⁰ tj. Dz. U. z 2012 r. poz. 159, poz. 742.

- świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych (art. 8 ustawy);
- kontaktu osobistego z innymi osobami (art. 33 w zw. z art. 20 ust. 1 ustawy);
- świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1 ustawy);
- informacji o swoim stanie zdrowia (art. 9 ust. 1 w zw. z art. 24 ust. 1 ustawy);
- poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania pacjentowi świadczeń zdrowotnych (art. 20 ust. 1 ustawy);

W związku z powyższym, wnoszę – jak na wstępie - o przesłanie do Rzecznika Praw Pacjenta informacji o podjętych działaniach naprawczych w kierowanej przez Pana Dyrektora Placówce.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż do chwili wyłonienia kandydata na funkcję Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, ochrona praw pacjentów jest realizowana przez Zespół ds. Zdrowia Psychicznego funkcjonujący w strukturze Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Zaznaczyć należy, iż do zadań wskazanego Zespołu 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 celu zapewnienia pacjentom oraz ich opiekunom pełnej informacji o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w załączeniu przesyłam ulotki informacyjne do rozdystrybuowania na terenie kierowanej przez Pana Dyrektora placówki.

2 powołane
D. K. S. S.

Załącznik:

1) Kopia pisma Pana prof. dr hab. med. Tomasza Wolańczyka, Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży z dnia 24 maja 2012 r.;

2) Ulotki informacyjne – sztuk 50.

Do wiadomości:

- 1) Pani Irena Lipowicz, Rzecznik Praw Obywatelskich; Aleja Solidarności 77, 00-090 Warszawa;
- 2) Pan Krzysztof Hetman, Marszałek Województwa Lubelskiego; Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego w Lublinie ul. Spokojna 4, 20-074 Lublin;
- 3) Pan prof. dr hab. n. med. Marek Misiak, Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Psychiatrii; Katedra i Klinika Psychiatrii UM w Lublinie, ul. Głuska 1, 20-439 Lublin;
- 4) Pan prof. dr hab. Marek Jarema, Konsultant Krajowy w dziedzinie Psychiatrii; Instytut Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa.

BIURO RZECZNIKA
PRAW OBYWATELSKICH
WPE. 2012 -10- 30
ZAL. NR 1508550

Łuków, dnia 19 października 2012 r.

RPO- 707584 /12

SPZOZ.8020.50.VII.272.2012.MW

Szanowna Pani
Justyna Róża Lewandowska
Dyrektor Zespołu
Biuro
Rzecznika Praw Obywatelskich

Szanowna Pani Dyrektor,

77
2012-10-31

Odpowiadając na pismo RPO – 707584-VII-720.1/12/JJ dotyczące Raportu Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji przeprowadzonej w oddziale psychiatrycznym z ośrodkiem interwencji kryzysowej i psychogeriatricą SPZOZ w Łukowie, informuję o podjętych działaniach naprawczych i korygujących mających na celu wyeliminowanie stwierdzonych nieprawidłowości oraz dostosowanie się do przedstawionych rekomendacji.

Na podstawie wyjaśnień złożonych przez ordynatora oddziału psychiatrycznego z ośrodkiem interwencji kryzysowej i psychogeriatricą, który uczestniczył w wizytacji i zapoznał się z nadesłanym przez Panią Dyrektor raportem, poniżej przedstawiam wyjaśnienia i ustosunkowanie się do poszczególnych nieprawidłowości:

Ad. 1.1. – wdrożenie i dokumentowanie (poprzez regularne wpisy w Historii Choroby) dla każdego pacjenta indywidualnego planu terapii, uwzględniającego diagnozę medyczną i ocenę funkcjonowania społecznego oraz adekwatne do tego połączenie farmakoterapii z oddziaływaniami psychospołecznymi:

Stwierdzona nieprawidłowość została już skorygowana. Obecnie dokumentacja medyczna prowadzona jest regularnie i zawiera wpisy, co najmniej cotygodniowych obserwacji lekarskich lub, jeżeli stan zdrowia wymaga częstszych Jest to również istotny element standardów akredytacyjnych tak, więc dzięki Państwa uwadze możliwe było zajęcie jednoznacznego stanowiska w tej sprawie. Odnosząc się do kwestii programu terapii zajęciowej i indywidualnych planów opieki, te zagadnienia zostały już skorygowane poprzez wdrożenie również w ramach przygotowań do wizytacji akredytacyjnej indywidualnego planu opieki, w którym planowane są obszary opieki w odniesieniu do każdego pacjenta z uwzględnieniem diagnozy medycznej i połączenia farmakoterapii i oddziaływań psychoedukacyjnych.

Ad. 1.2. – wzbogacenie oddziaływań pozafarmakologicznych o formy grupowe, takie jak: zebrania społeczności, psychoedukacja, treningi umiejętności życiowych i społecznych:

Od września wdrożono regularne zebrania społeczności oddziałowej z personelem lekarskim, pielęgniarskim lub terapeutycznym, podczas których omawiane są sprawy dotyczące zasad pobytu i terapii w oddziale, grupowego wykonywania zadań terapeutycznych i inne zagadnienia mające wpływ na poprawę funkcjonowania pacjentów w społeczności oddziału szpitalnego i wyrabianie w nich umiejętności społecznych.

Ad. 1.3.- zatrudnienie dodatkowego terapeuty zajęciowego:

Jeżeli chodzi o kwestię zatrudnienia dodatkowego terapeuty zajęciowego wiąże się to ze wzrostem kosztów osobowych. Obecny potencjał personalny jest spełnieniem wymogów określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w odniesieniu do liczby łóżek w oddziale. Zgadzam się z Państwa wnioskiem, iż dodatkowa osoba z kwalifikacjami w zakresie terapii zajęciowej przyczyniłaby się do poprawy prowadzonej terapii i jej urozmaicenia, jednak w sytuacji, kiedy oddział przynosi stratę w wysokości ok. 170 000,00 PLN jest to w chwili obecnej niemożliwe do spełnienia. Zapewniam jednocześnie, że jeżeli poziom finansowania świadczeń w zakresie stacjonarnego leczenia psychiatrycznego z NFZ poprawi się to niezwłocznie rozważymy możliwość zwiększenia zatrudnienia.

Ad. 1.4.-doposażenie oddziału w sprzęt do rekreacji i terapii zajęciowej na dworze i w pomieszczeniach:

W oddziale znajduje się wyposażona w podstawowe przybory techniczne i malarskie sala zajęć terapeutycznych, w której pacjenci mogą wykonywać swoje prace. Natomiast, jeżeli chodzi o zajęcia ruchowe oddział dysponuje, stołem do gry w tenisa, stołem z tzw. piłkarzykami, kilkoma zestawami szachów i puzzli. Do dyspozycji jest również piłka, która służy do gry w czasie przebywania pacjentów na spacerze na zewnątrz. Jeżeli chodzi o sugestię wyposażenia w przybory do majsterkowania lub treningów kulinarnych jest to w chwili obecnej nie możliwe do spełnienia ze względu na konieczność zapewnienia odpowiednich pomieszczeń i wyposażenia sprzętowego do tego rodzaju warsztatów. Jako Dyrektor mam świadomość tego, że ograniczone środki finansowe Zakładu nie pozwalają na zbyt duże i różnorodne wyposażenie i pełną realizację zapisów zawartych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie organizowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i nagradzania uczestników tych zajęć, niemniej jednak zapewniam Panią Dyrektor, że personel oddziału dokłada starań, aby na miarę obecnych możliwości wprowadzać różnorodne elementy zajęć terapeutycznych i wprowadzać inne formy nagradzania pacjentów np. możliwość wykonywania prac plastycznych poza harmonogramem zajęć.

Ad. 1.5. – zorganizowanie odpowiedniego pomieszczenia przeznaczonego do wizyt pacjentów z dziećmi:

W chwili obecnej w naszym oddziale psychiatrycznym ze względu na ograniczenia kubaturowe, nie dysponujemy wolnym pomieszczeniem, które mogłoby zostać dostosowane i przeznaczone do odbywania odwiedzin w szczególności z udziałem dzieci. Niemniej jednak, dla zapewnienia realizacji praw pacjenta w tym zakresie będzie się to odbywało poprzez umożliwienie odwiedzin z dziećmi w części tak jak ma to miejsce dotychczas w miejscu wyznaczonym do tzw. dziennego pobytu na oddziałach lub, jeżeli stan zdrowia pacjenta pozwala na opuszczenie przez niego oddziału i zejście na parter do Izby Przyjęć, to odwiedziny będą mogły się odbywać w holu z wykorzystaniem znajdujących się tu miejsc do swobodnego przebywania (stoliki i krzesła).

Ad. 1.6. – zaprzestanie stosowania odpowiedzialności zbiorowej w postaci zakazów dla wszystkich pacjentów w przypadku przewinienia jednego z nich:

Jak wyjaśnił ordynator lek. med. Andrzej Ostrowski, sytuacja jaką zauważono podczas wizytacji była epizodyczną i nie stosuje się zbiorowej odpowiedzialności wśród pacjentów.

Podjęcie decyzji o wstrzymaniu wychodzenia na spacer pozostałych pacjentów za ucieczką jednego, było podyktowane chęcią wdrożenia mechanizmu przeciwdziałania i zapobieżenia kolejnym ucieczkom. Intencją ordynatora było zastosowanie takiego środka jako profilaktycznego a nie karnego. Niemniej jednak po zapoznaniu się z argumentacją raportu ordynator zapewnił, iż podobne sytuacje nie będą miały miejsca i wdroży w takich sytuacjach działania terapeutyczne, które pomogą zapewnić zaufanie do personelu.

Ad. 1.7. – zwrócenie większej uwagi na pacjentów nieartykułujących swoich potrzeb, np. w zakresie leczenia stomatologicznego, zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny (okulary, aparaty słuchowe etc.) oraz uzyskanie większej dostępności do lekarzy specjalistów tj. stomatologa i okulisty:

Odnosząc się do powyższych zaleceń informuję, iż zapewnienie leczenia stomatologicznego było dotychczas realizowane wg. potrzeb i w sposób doraźny a zwrotna informacja na ten temat wpływała w formie załącznika do faktury. Współpraca ta została sformalizowana poprzez zawarcie w dniu 29 sierpnia 2012 r. umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych z lek. stom. (*dane usunięto*). Umowa przewiduje zapewnienie opieki stomatologicznej pacjentom hospitalizowanym w oddziałach psychiatrycznych. Ponadto każda wizyta stomatologiczna będzie dokumentowana w Historii Choroby pacjenta.

Natomiast, jeżeli chodzi o zapewnienie dostępności do lekarzy specjalistów w szczególności okulisty dotychczas, odbywało się to bez przeszkód na zasadzie konsultacji lekarskich w oddziale i tak też nadal będzie to prowadzone. W kwestii zapewnienia dostępu do sprzętu rehabilitacyjnego (okulary, aparaty słuchowe etc.) zapewniam, że dołożymy starań, aby umożliwić zaopatrzenie pacjentów stosownie do ich potrzeb.

Ad. 1.8. – poprawa dopływu informacji do pacjentów i od pacjentów np. poprzez wywieszanie ważnych informacji na tablicy ogłoszeń oraz cotygodniowe zebrania z możliwością zgłoszenia bieżących problemów, braków omawianiem zdarzeń w oddziale, planu zajęć terapeutycznych i rekreacyjnych na bieżący tydzień, prac do wykonania na rzecz oddziału i przyjmowania zgłoszeń osób chetnych do ich realizacji itp.

Powyższe zostało skorygowane poprzez umieszczenie i aktualizację informacji dotyczących planów zajęć rekreacyjnych na bieżący tydzień. Uaktualniono również i wywieszono codzienny plan funkcjonowania pacjentów w oddziale z podaniem godzin posiłków, spacerów etc. Ponadto określone zostały i podane do wiadomości pacjentów zasady dotyczące dokonywania zakupów. Terapeuta zajęciowy opracował i został on już wywieszony szczegółowy uaktualniony harmonogram zajęć terapeutycznych w oddziale. Od września odbywają się spotkania społeczności oddziałowej z personelem medycznym, które mają na celu omawianie bieżących spraw oddziału. Poruszane są sprawy potrzeb pacjentów i oddziału, przyjmowane są pomysły i zgłoszenia realizacji przez pacjentów zadań organizacyjnych dotyczących proponowanych zajęć zadań lub porządkowych.

Ad. 1.9. – zamieszczenie w miejscach ogólnodostępnych informacji na temat praw i obowiązków pacjentów oraz adresów instytucji, do których mogą zwrócić się w sytuacji naruszenia tych praw.

Zalecenie dotyczące umieszczenia w formie pisemnej informacji dotyczącej procedury wnioskowo – skargowej zostało już skorygowane poprzez umieszczenie na tablicach informacyjnych w oddziałach psychiatrycznych informacji o Pełnomocniku ds. Praw Pacjenta wraz z harmonogramem jego pracy i sposobem zgłaszania skarg i wniosków. Pragnę zapewnić Panią Dyrektor, że informacja ta była umieszczona na wszystkich tablicach informacyjnych w oddziałach szpitalnych i innych miejscach pobytu pacjentów z chwilą powołania Rzecznika w naszym zakładzie. Niemniej jednak jak dowodzi tego stwierdzony brak, koniecznym jest dokonywanie okresowych kontroli w tym zakresie i uzupełniania brakujących informacji, co będziemy czynić.

Przyjęta 2 lipca 2012 r. Procedura P-3/PPZ „Karta Praw i Obowiązków Pacjenta zawiera wszystkie informacje dotyczące praw i obowiązków pacjenta, a w szczególności kwestie wnoszenia skarg i kontaktu z Pełnomocnikiem ds. Praw Pacjenta SPZOZ w Łukowie. Zawiera również szczegółowe dane teleadresowe do Rzecznika Praw Pacjenta. Informacja o dostępie do procedury jest umieszczona na tablicy informacyjnej w oddziale i w każdej sali pobytu pacjentów.

Ad. 1.10. – opracowanie i zamieszczenie w widocznym miejscu dla pacjentów: porządku/ planu dnia oraz następujących informacji o opiece duszpasterskiej, o sposobie dokonywania zakupów, o tym gdzie można uzyskać do wglądu Regulamin szpitala i ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, o wizytach rodzin i bliskich, o zasadach udostępniania telefonu:

Powyższe zalecenia częściowo zostały już skorygowane w sposób opisany w punkcie Ad. 1.8. Natomiast w pozostałym zakresie przedmiotowe informacje znajdują się już na tablicach informacyjnych w oddziale w ramach wdrażania standardów akredytacyjnych CMJ.

Ad. 1.11.- umieszczenie w ogólnodostępnym miejscu na tablicach ogłoszeń informacji o możliwości i zasadach korzystania z pomocy Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta SPZOZ w Łukowie wraz z podaniem godzin i miejsca, w którym pacjenci mogą zostać przez niego przyjęci:

Powyższe zalecenie zostało już skorygowane w sposób opisany w punkcie Ad. 1.9.

Ad. 1.12. – przeszkolenie personelu Oddziału w zakresie oddziaływań niezbędnych w pracy z osobami zaburzonymi psychicznie, w tym w stosowaniu przymusu bezpośredniego i praw pacjenta:

Zalecenie dotyczące przeszkolenia personelu z praw pacjenta zostało zrealizowane poprzez wdrożenie w dniu 2 lipca 2012 r. Procedury P-3/PPZ „Karta Praw i Obowiązków Pacjenta” i przeprowadzenia przez Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością w dniu 24 lipca 2012 r. szkolenia wdrażającego, w którym uczestniczyli ordynatorzy i pielęgniarki oddziałowe wszystkich oddziałów szpitalnych a następnie byli oni zobowiązani do przeprowadzenia szkoleń wewnątrz oddziałowych.

Również, ze względu na trwający w naszym szpitalu proces wdrażania standardów akredytacyjnych opracowanych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w miesiącu wrześniu podczas kilkunastu grupowych spotkań odbywały się kompleksowe szkolenia z zakresu praw i obowiązków pacjenta w tym pacjentów psychiatrycznych. Szkolenia prowadzone były przez Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta i objęły cały personel szpitala, począwszy od personelu lekarskiego i pielęgniarskiego a skończywszy na personelu administracyjnym, pomocniczym i technicznym.

Jeżeli chodzi o kwestię przeszkolenia personelu z zakresu stosowania przymusu bezpośredniego, również zgodnie z nowym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania, zostało opracowane Wydanie II Instrukcji „Stosowania przymusu bezpośredniego” 1-1/P-3/PPZ z dnia 09.08.2012 r. W dniu 14.08.2012 r. Pełnomocnik ds. SZJ przeprowadziła szkolenie wdrażające zasady stosowania i dokumentowania, w którym uczestniczyły pielęgniarki oddziałowe i Naczelna Pielęgniarka. Pielęgniarki oddziałowe były zobowiązane do przekazania instrukcji ordynatorom i zapoznania z zasadami pozostały personel oddziału.

Ad. 1.13. – stworzenie pacjentom odpowiednich warunków do przechowywania ich osobistych, podręcznych rzeczy:

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej, pacjenci ze względu na bezpieczeństwo i zachowanie warunków higieniczno – sanitarnych wymaganych w oddziałach szpitalnych zaleca się, aby oddawali do depozytu szpitalnego przedmioty i rzeczy osobiste.

W dniu 17 lipca 2012 r. została uaktualniona Instrukcja I-3/P-1/PPZ – Wyd. II „Przyjęcie w depozyt i zabezpieczenie przedmiotów wartościowych będących własnością pacjenta”, która przewiduje możliwość przyjmowania od pacjentów i zwrotu im, ich rzeczy osobistych i przedmiotów wartościowych w trakcie pobytu w oddziale.

Ponadto, obowiązuje również Instrukcja I-4/P-1/PPZ Wyd. III z dnia 18 czerwca 2012 r. „Przyjmowanie, przechowywanie i wydawanie odzieży pozostawionej przez pacjenta w depozycie szpitalnym”.

Jeżeli jednak pacjent nie wyraża woli oddania swoich przedmiotów osobistych lub wartościowych do depozytu ma prawo przechowywać ich w szafce przyłóżkowej, ale niestety w ograniczonej ilości.

Stwierdzone podczas wizytacji braki szafek przy niektórych łózkach szpitalnych mogły być spowodowane tym, że te, które się tam znajdowały były na skutek uszkodzeń przekazane do naprawy do Sekcji Technicznej.

Ze względu na konieczność spełnienia wymogów bezpieczeństwa pożarowego nie możliwe jest, aby oddział był wyposażony, np. w szafy zabudowane służące do przechowywania rzeczy osobistych i odzieży pacjentów. Istniejące w korytarzu wnękowe szafy zabudowane, które służyły do przechowywania niewielkich ilości odzieży i innych rzeczy pacjentów decyzją Straży Pożarnej nakazano nam rozebrać konieczność argumentując zagrożeniem pożarowym.

Niestety przy tak dużej liczbie pacjentów w oddziale i konieczności zapewnienia odpowiedniej powierzchni w salach chorych oraz dostępu do łóżek z trzech stron nie jest możliwe jednoczesne zapewnienie indywidualnych szaf zamykanych na klucz w salach.

Od kilku lat trwają w wielu miejscach szpitala, sukcesywne remonty i modernizacje dostosowujące w miarę pozyskiwanych i posiadanych środków finansowych. Budynek, w którym znajduje się oddział również został poddany modernizacji, chociaż nadal wymaga dostosowania wewnątrz do obecnych wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia.

Opracowany został plan dostosowawczy, który zakłada realizację do 2016 r. kolejnych etapów dostosowywania naszych obiektów w tym obszarów przebywania pacjentów, do wymogów prawnych. Tak, więc zapewniam, że sukcesywnie będziemy realizować zadania mające na celu poprawę warunków pobytu pacjentów.

Ad. 1.14. – dostosowanie dostępu do łóżek pacjentów zgodnie z wymogami zawartymi w § 18 i 19 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą.:

Z wyjaśnień otrzymanych od ordynatora, stwierdzone ustawienie łóżek w kilku salach w sposób niezapewniający wymaganego rozporządzeniem dostępu z trzech stron, wynika z akceptacji prośb pacjentów. Otóż, zwracali się oni z prośbami o umożliwienie im zmiany ustawienia łóżek tak, aby mogli spać zgodnie ze swoimi przyzwyczajeniami „przyscianie”. Stan zdrowia pacjentów, którym zezwolono na zmianę, nie wskazuje na konieczność podejmowania natychmiastowych działań medycznych, do których konieczny byłby dostęp z trzech stron. Wyrażając zgodę na tego rodzaju

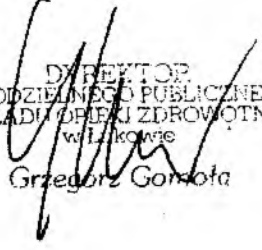
ustawienie, ordynator miał na uwadze jednoczesne zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i ułatwienie pacjentom asymilacji w warunkach szpitalnych.

Odnosząc się do sprawy odsprzedawania pacjentom papierosów przez salowych po wygórowanych cenach, informuję, że ordynator wyjaśniając tą sprawę przeprowadził indywidualne rozmowy z salowymi i pacjentami. Rozmowy niestety nie potwierdziły opisanego proceduru. Niemniej jednak zgadzam się, że jest to zachowanie naganne i dlatego aby wykluczyć istnienie takich praktyk zobowiązałem ordynatora oddziału do większego nadzoru w tym zakresie i podejmowania tego rodzaju rozmów w ramach zebrań społeczności oddziału. Mam nadzieję, że jawność takich problemów przyczyni się do wyeliminowania ukrytych praktyk.

Podsumowując powyższe wyjaśnienia chcę Panią Dyrektor i za Pani pośrednictwem Rzecznika Praw Obywatelskich zapewnić, że wszelkiego rodzaju sugestie i uwagi wnoszone przez organy kontrolujące i nadzorujące są przedmiotem naszych wnikliwych analiz i starań w podnoszeniu jakości udzielanych świadczeń i spełniania wszystkich wymogów prawnych. Pomimo ograniczonych możliwości finansowych staramy się, aby realizowana przez nas opieka była skuteczna i bezpieczna.

Mam nadzieję, że powyższe informacje i wyjaśnienia są wyczerpujące i chcę zapewnić, że SPZOZ w Łukowie jest otwarty na współpracę z Biurem Rzecznika Praw Obywatelskich dla dobra naszych pacjentów.

Z wyrazami szacunku


DIREKTOR
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO
ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ
w Łukowie
Grzegorz Gombala