

ZBADANIE SPRAW NA MIEJSCU W 2012 ROKU

Zbadanie spraw na miejscu przeprowadzono na podstawie art. 52 ust. 2 pkt 1 w związku z art. 50 ust. 3 *ustawy*, w wyniku napływających do Rzecznika sygnałów co najmniej uprawdopodobniających naruszenie praw pacjenta.

Przedmiotem zbadania spraw na miejscu w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień było zweryfikowanie stopnia przestrzegania praw pacjenta określonych w *ustawie* oraz w przepisach odrębnych.

Sprawy zbadane na miejscu w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w warunkach stacjonarnych:

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

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 31 stycznia 2012 r. w Oddziale Diagnostyczno-Terapeutycznym II (F2) I Kliniki Psychiatrii Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (dalej: IPiN).

1. Stwierdzone nieprawidłowości

Na podstawie przeprowadzonych na miejscu czynności stwierdzono następujące nieprawidłowości:

- 1) zbyt duże zagęszczenie chorych w salach uniemożliwia dostęp do łóżek pacjentów z trzech stron;
- 2) łóżka w salach chorych ustawione są w sposób uniemożliwiający ich wyprowadzenie bez konieczności przesunięcia innych mebli znajdujących się w tych salach;
- 3) zły stan sanitarno-higieniczny i techniczny pomieszczeń Oddziału F2, tj.:
 - a) ściany z ubytkami tynku, w tym odpadającą farbą,
 - b) stolarka okienna i drzwiowa z ubytkami,
 - c) wyeksploatowana wykładzina podłogowa z poodklejanymi listwami przypodłogowymi lub ich brakiem,
 - d) grzejniki z widoczną korozją,
 - e) ubytki i pęknięcia glazury w pomieszczeniach sanitarno-higienicznych,
 - f) silikonowe uszczelnienia armatury sanitarnej oraz fugi między kafelkami z widoczną pleśnią;
- 4) meble będące na wyposażeniu pokoi łóżkowych są zniszczone, z widocznymi szczelinami;

- 5) materace wyeksploatowane, niezabezpieczone pokrowcami, pościel zużyta;
- 6) pomieszczenia higieniczno-sanitarne nie są dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo;
- 7) w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych brak mydła w dozownikach i ręczników jednorazowego użytku oraz pojemników na zużyte ręczniki;
- 8) dla pacjentów wyznaczono jedną łazienkę koedukacyjną, która jest udostępniana na życzenie pacjentów. W dwóch pomieszczeniach wc zamontowano drzwi wahadłowe, które nie zapewniają pacjentowi intymności;
- 9) brak wydzielonego odcinka obserwacyjno-diagnostycznego, sali obserwacyjnej oraz separatki;
- 10) brak zajęć terapeutycznych w godzinach popołudniowych, w dni robocze oraz w dni wolne od pracy;
- 11) niezapewnienie właściwej opieki lekarskiej w dni wolne od pracy (jeden lekarz przypada na ok. 140 pacjentów znajdujących się w czterech oddziałach).

2. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

W wyniku przeprowadzonych działań stwierdzono naruszenie następujących praw pacjenta:

- 1) do świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 8 *ustawy*;
- 2) do poszanowania intymności i godności, o którym mowa w art. 20 ust. 1 *ustawy*.

3. Sformułowane zalecenia

Rzecznik wystąpił do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

- 1) dostosowanie pomieszczeń Oddziału F2 do wymagań określonych w rozporządzeniu *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*;
- 2) zaangażowanie personelu w organizację planu dnia pacjentów;
- 3) zapewnienie właściwej opieki lekarskiej pacjentom (w tym nowoprzyjętym do szpitala psychiatrycznego), szczególnie w dni wolne od pracy.

4. Wyniki podjętych działań

- 1) Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa ww. podmiotu leczniczego zajął stanowisko odnośnie stwierdzonych przez Rzecznika nieprawidłowości i poinformował, że:
 - a) realizowany jest program dostosowania pomieszczeń i urządzeń Instytutu Psychiatrii i Neurologii do przepisów rozporządzenia *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej* poprzez:
 - przeprowadzanie remontów bieżących poszczególnych komórek organizacyjnych (w miarę posiadanych środków finansowych);

- złożenie wniosków o dofinansowanie przebudowy i rozbudowy Klinik Psychiatrycznych, uwzględniających w swym zakresie cały program dostosowawczy, który został zatwierdzony przez sanepid;
 - sukcesywne wykonywanie zaleceń pokontrolnych z zakresu prawa budowlanego;
 - uwzględnienie zaleceń pokontrolnych w zakresie ochrony przeciwpożarowej w planie remontów na 2012 r.;
- b) z uwagi na obecne możliwości kadrowe i finansowe niemożliwe jest zwiększenie zaangażowania personelu w organizację planu dnia pacjentów;
- c) aktualnie pod opieką lekarza dyżurnego pozostaje z założenia ok. 190 chorych (cztery oddziały przyjęciowe po 35 łóżek, dwa oddziały terapeutyczne po 25 łóżek). W opinii konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii jest to jedno z najmniejszych obciążeń lekarza dyżurnego w skali województwa mazowieckiego;
- d) opieka lekarska nad nowoprzyjętymi pacjentami w dniach wolnych od pracy jest sprawowana właściwie, tj. podstawowe czynności diagnostyczne i terapeutyczne są podejmowane przez lekarza dyżurnego i inny personel dyżurujący.

Odrębnym pismem, Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa ww. podmiotu leczniczego przesłał również „Raport Komisji w sprawie sposobu wdrożenia zaleceń pokontrolnych w IPiN, w wyniku przeprowadzonych przez pracowników Biura czynności kontrolnych w Oddziale Diagnostyczno-Terapeutycznym II (F2) I Kliniki Psychiatrii IPiN”, w którym wskazano, iż Komisja (składająca się z pracowników IPiN) w pełni zgadza się ze stwierdzeniem naruszenia praw pacjenta w zakresie wskazanym w protokole. Ponadto, wskazano, iż:

- a) Dyrekcja Instytutu złożyła do Departamentu Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia projekt o dofinansowanie przebudowy obiektów wszystkich klinik psychiatrycznych (który uzyskał już wstępną akceptację);
- b) od dnia 17 stycznia 2012 r. opieka psychiatryczna w Instytucie realizowana jest w ramach dwóch Centrów Zdrowia Psychicznego, co pozwala na zwiększenie zaangażowania personelu w działania na rzecz pacjentów;
- c) z analizy wyników anonimowego badania, przeprowadzonego za pomocą „Kwestionariuszy Satysfakcji Pacjenta ze Świadczonej Usług”, nie wynika, aby pacjenci byli nieusatysfakcjonowani sprawowaną opieką w godzinach popołudniowych lub dni wolne od pracy. Niemniej, w trakcie cotygodniowych spotkań społeczności terapeutycznej w każdym oddziale psychiatrycznym dodatkowo monitorowane jest funkcjonowanie sprawowanej opieki.

2) Minister Zdrowia poinformował, że wystąpił do Dyrektora Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie o przekazanie informacji o sposobie wykonania zaleceń sformułowanych w protokole Rzecznika. Jednocześnie, Minister Zdrowia zapewnił, iż dołoży starań, aby zalecenia te

były w miarę możliwości ww. podmiotu leczniczego systematycznie wprowadzane oraz podniósł, że stale monitoruje przebieg realizacji zaleceń w zakresie uprawnień organu założycielskiego.

II. Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr Stanisława Deresza w Choroszczy (woj. podlaskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 3 lutego 2012 r. w Oddziale Neurologicznym Samodzielnego Publicznego Psychiatrycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej im. dr Stanisława Deresza w Choroszczy.

1. Przeprowadzone ustalenia

Ze względu na duże obłożenie Oddziału Neurologicznego łóżka wystawiane są na korytarz. Z wyjaśnień udzielonych przez Ordynatora ww. Oddziału wynika, iż nadmierne obłożenie tego Oddziału – a w konsekwencji konieczność umieszczania pacjentów na łóżkach usytuowanych na korytarzach – wynika ze zwiększonej ilości zgłoszeń do Izby Przyjęć, w dniach ostrych dyżurów oraz z konieczności hospitalizowania chorych neurologicznie nie tylko z powiatu białostockiego, ale również z innych powiatów (w tym: Hajnówka, Bielsk Podlaski, Sokółka, Siemiatycze, Wysokie, Mazowieckie). Dotyczy to w szczególności chorych z udarem mózgu oraz wymagających pilnej diagnostyki neurologicznej (bezwzględne wskazania do hospitalizacji). Pomimo powyższego uchybienia, w wyniku przeprowadzonych działań, pozytywnie oceniono realizację praw pacjenta przez świadczeniodawcę.

III. Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Bolesławcu (woj. dolnośląskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniach 13–14 marca 2012 r. w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Bolesławcu.

1. Stwierdzone nieprawidłowości

Izba Przyjęć:

- 1) księga odmów, przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w Izbie Przyjęć jest prowadzona niezgodnie z § 27 rozporządzenia Ministra Zdrowia w *sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*. Wskazana księga nie jest odrębnym dokumentem, lecz jest prowadzona w ramach księgi raportów lekarskich, co narusza ww. przepis;
- 2) na tablicach ogłoszeniowych w Izbie Przyjęć, obok aktualnych informacji na temat praw pacjenta i Biura Rzecznika Praw Pacjenta, znajdują się nieaktualne informacje o Biurze Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia.

Oddział Psychiatrii Dzieci i Młodzieży (VB):

- 1) ograniczony kontakt pacjentów z osobami bliskimi. W Oddziale obowiązuje zakaz odwiedzin dla osób poniżej 14. roku życia. Zgodnie z brzmieniem § 5 Regulaminu dla odwiedzających: „odwiedziny przez osoby, które nie ukończyły 14. roku życia mogą odbywać się wyjątkowo i wyłącznie za zgodą ordynatora lub kierownika oddziału”;
- 2) brak dostatecznej ilości sprzętu wyposażeniowego w salach pacjentów, tj. szafek przyłóżkowych, stolików, krzeseł;
- 3) zły stan techniczny sprzętu wyposażeniowego w salach chorych (zużyta pościel, zniszczone materace, odrapane łóżka);
- 4) nieodpowiednie warunki sanitarne w łazienkach i toaletach. Pomimo przeprowadzonej renowacji Oddziału zwrócono uwagę na zawilgocenia i zagrzybienia ścian;
- 5) ograniczona możliwość korzystania z sal chorych. Z relacji małoletnich pacjentów wynika, iż sale chorych są zamykane tuż po śniadaniu i otwierane dopiero w porze kolacji. Informacja o powyższym, w dniu kontroli udostępniona była również na tablicy ogłoszeń. Z wyjaśnień personelu medycznego wynika, iż opisane działania mają na celu zaktywizowanie pacjentów do udziału w zajęciach terapeutycznych. Niemniej jednak, pacjenci podnosili, iż część z nich po zażyciu leków nie jest w stanie funkcjonować, tym samym „kładą się” na parapetach i podłodze w sali pobytu dziennego;
- 6) zbyt ogólny zapis w Regulaminie Wewnętrznym Oddziału Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, określający, że „odpowiedzialność materialną za zniszczenie mienia Oddziału ponosi pacjent wraz z rodzicem/prawnym opiekunem”;
- 7) małoletni pacjenci wnosili nieliczne uwagi/skargi dotyczące nieetycznych zachowań personelu (głównie: straszenie zapięciem w pasy);
- 8) w wyniku analizy dokumentacji medycznej stwierdzono, że dokumentacja dotycząca zastosowanego przymusu bezpośredniego jest prowadzona niezgodnie z rozporządzeniem *w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego*. Stwierdzone nieprawidłowości wiązały się z:
 - a) brakiem wpisów uzasadniających zastosowanie oraz przedłużenie przymusu bezpośredniego,
 - b) brakiem wpisów o uprzedzeniu pacjenta o możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego,
 - c) brakiem informacji o zasadności przedłużenia zleconego przymusu.

Oddział Psychiatryczny (IVB):

- 1) brak należytych warunków sanitarnych w łazienkach i toaletach, tj. brudne, niedomyte miski ustępowe i umywalki, plamy po zaciekach oraz znaczne zawilgocenia i zagrzybienia ścian;

- 2) brak wydzielonego odcinka obserwacyjno-diagnostycznego lub pokoju obserwacyjnego;
- 3) ograniczony kontakt z osobami bliskimi – sytuacja analogiczna do opisanej odnośnie Oddziału Psychiatrii Dzieci i Młodzieży;
- 4) ograniczony kontakt telefoniczny. W Oddziale brak jest ogólnodostępnego aparatu telefonicznego. Do odbierania połączeń przychodzących jest udostępniony aparat w sali pobytu dziennego. Natomiast wykonanie połączeń wychodzących jest możliwe tylko z telefonu znajdującego się w dyżurce pielęgniarek. Niektórzy pacjenci są pilnowani podczas prowadzenia rozmowy telefonicznej z aparatu szpitalnego.

Sekcja Statystyki, Rozliczeń i Dokumentacji Medycznej:

- 1) nieterminowe zawiadomienie sądu opiekuńczego o przyjęciu pacjenta do szpitala bez jego zgody w trybie art. 23 ust. 4 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*;
- 2) nieprawidłowe zastosowanie procedury przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*.

2. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

W wyniku przeprowadzonych działań stwierdzono, iż w ww. podmiocie leczniczym, doszło do naruszenia następujących praw pacjenta:

- 1) do świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 8 *ustawy*;
- 2) do poszanowania intymności i godności, o którym mowa w art. 20 ust. 1 *ustawy*;
- 3) do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, o którym mowa w art. 33 *ustawy*.

3. Sformułowane zalecenia:

- 1) przeniesienie aparatu telefonicznego w miejsce ogólnodostępne dla pacjentów (w tym wyłączenie udziału osób trzecich podczas prowadzonych przez pacjenta rozmów telefonicznych);
- 2) umożliwienie osobom bliskim odwiedzin na terenie Oddziału, bez uwzględniania przedziałów wiekowych;
- 3) umożliwienie pacjentom korzystania z sal chorych przez całą dobę;
- 4) doposażenie Oddziału Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w niezbędny sprzęt meblowy (z uwzględnieniem wymiany zniszczonego sprzętu wyposażeniowego);
- 5) doposażenie pracowni terapii zajęciowej w niezbędne materiały plastyczne;
- 6) wdrożenie procedur higienicznych w zakresie utrzymania wymaganego reżimu sanitarnego w pomieszczeniach sanitarno-higienicznych;

- 7) wydzielenie odcinka obserwacyjno - diagnostycznego lub pokoju obserwacyjnego w Oddziale Psychiatrycznym (IVB) (w tym dostosowanie separatki do wymagań określonych w powyżej przytoczonym rozporządzeniu);
- 8) przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego z zakresu:
 - a) prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem w *sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*,
 - b) dokumentowania stosowania środków przymusu bezpośredniego,
 - c) przepisów ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*,
 - d) przepisów ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*;
- 9) usunięcie z tablic informacyjnych wszelkich niedatowanych, niepodpisanych oraz nieaktualnych ogłoszeń, komunikatów;
- 10) wprowadzenie zakazu palenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 11) dokonanie zmian w treści Regulaminu Oddziału Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w celu usunięcia zapisów niezgodnych z obowiązującymi przepisami prawa.

4. Wyniki podjętych działań

1) Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Psychiatrii poinformował o wynikach wizytacji przeprowadzonej w Oddziale Psychiatrii Sądowej ww. podmiotu leczniczego, w którym częściowo współuczestniczył również Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Psychologii. Kontrola została przeprowadzona na zlecenie Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Psychiatrii. W wyniku wizytacji, stwierdzono:

- a) Oddział funkcjonuje prawidłowo, proces leczenia prowadzony jest prawidłowo;
- b) historie choroby prowadzone są prawidłowo;
- c) zbyt mała oferta terapeutyczna;
- d) angażowanie pacjentów do niektórych prac fizycznych na rzecz Oddziału (bez odpowiednich uregulowań).

W wyniku powyższego, Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Psychiatrii zalecił:

- a) poszerzenie oferty terapeutycznej w Oddziale biorąc pod uwagę profil pacjentów i ich potrzeby;
- b) odstąpienie od angażowania pacjentów w prace fizyczne na rzecz Oddziału;
- c) wdrożenie programów terapeutycznych antynikotynowych we wszystkich Oddziałach.

Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Psychiatrii przeprowadził również wspólne spotkanie z personelem szpitala oraz Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychicznego, podczas którego ustalono i wypracowano zasady współpracy. Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Psychiatrii zalecił

również przeprowadzenie szkolenia dla całego personelu z ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*.

2) Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Bolesławcu poinformował, iż powołano komisję do zbadania i ponownej analizy skarg złożonych zarówno do Rzecznika Praw Pacjenta, jak i Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Komisja zweryfikowała skargi i w wyniku tego działania:

- a) pouczono personel, że nawet na wyraźną prośbę pacjenta, nie wolno dopuszczać go do jakichkolwiek prac na Oddziale;
- b) zobowiązano się do podjęcia prac remontowych w łazienkach, w których wystąpiło zagrzybenie kabin prysznicowych;
- c) zobowiązano personel zatrudniony w szpitalu oraz dyrekcję do poprawy współpracy z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

Odrębnym pismem dyrektor ww. podmiotu leczniczego poinformował, że w związku z przesłanym protokołem ze zbadania sprawy na miejscu oraz sformułowanymi w nim zaleceniami, podjęto następujące działania:

Izba Przyjęć:

- a) usunięto usterkę programisty systemu elektronicznego rejestracji odmów przyjęć tj. przywrócono możliwość drukowania z systemu karty odmowy;
- b) uaktualniono informacje udostępnione na tablicy ogłoszeń;

Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży:

- a) poinformowano, iż zakaz odwiedzin dla osób poniżej 14. roku życia był stosowany jedynie w wyjątkowych sytuacjach (z uwagi na przeciwwskazania medyczne);
- b) podjęto działania zmierzające do doposażenia sal chorych w szafki przyłóżkowe;
- c) w miarę posiadanych środków planowane jest odmalowanie łazienek i toalet;
- d) poinformowano, że sale chorych są zamykane podczas, gdy dzieci uczestniczą w zajęciach szkolnych i terapeutycznych, zaś każdorazowo, w przypadku zgłoszenia przez pacjenta chęci, sala jest mu udostępniana;
- e) zapis w Regulaminie Wewnętrznym Oddziału, dotyczący odpowiedzialności finansowej za zniszczenia materialne został zweryfikowany;
- f) zobligowano personel do bardziej szczegółowego wpisu w dokumentacji medycznej określającego powód zastosowania przymusu bezpośredniego oraz odnotowywania informacji o uprzedzeniu pacjenta o jego zastosowaniu;

Oddział Psychiatryczny IVB:

- a) w miarę posiadanych środków planowane jest odmalowanie łazienek i toalet;
- b) poinformowano, że nadzór personelu podczas prowadzenia rozmów telefonicznych przez pacjentów jest stosowany tylko w szczególnych przypadkach, uzasadnionych wystąpieniem przesłanki zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta;

Sekcja Statystyki, Rozliczeń i Dokumentacji Medycznej:

- a) poinformowano, że brak terminowego zawiadomienia sądu opiekuńczego o przyjęciu pacjenta do szpitala bez jego zgody był incydentalnym przypadkiem, zaś wobec pracownika, który dopuścił się uchybienia zastosowano procedurę kodeksową.

Poinformowano również o podjętych działaniach naprawczych tj.:

- a) pacjenci przebywający w Oddziałach IVB i VB mają możliwość korzystania z telefonu bezprzewodowego, który jest udostępniony przez personel, z możliwością przeprowadzenia rozmowy telefonicznej w wybranym miejscu;
- b) dokonano zmian w Zarządzeniu Dyrektora nr 48/2009 w sprawie Regulaminu Odwiedzin, które umożliwiają osobom bliskim odwiedzinę na terenie Oddziałów IVB i VB bez uwzględniania przedziałów wiekowych;
- c) pacjenci mogą korzystać z sal chorych przez całą dobę, z wyłączeniem czasu przeznaczonego na wykonywanie czynności porządkowych w salach i ich wietrzenie;
- d) doposażono Oddział Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w niezbędny sprzęt meblowy;
- e) wszystkie oddziały psychiatryczne będą na bieżąco zaopatrywane w materiały plastyczne oraz inne niezbędne materiały do prowadzenia terapii;
- f) przeprowadzono szkolenie dla personelu oddziałów na temat „Dekontaminacji sprzętu i powierzchni szpitalnych”;
- g) wszystkie oddziały zostały objęte projektem „Dostosowanie obiektów Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu, do warunków, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej”;
- h) zarządzeniem Dyrektora Szpitala zobowiązano ordynatorów i kierowników komórek organizacyjnych do przeszkolenia pracowników z zakresu praw pacjenta oraz zadań i kompetencji Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, a także ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* oraz rozporządzenia *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*;
- i) usunięto z tablic informacyjnych nieaktualne, niepodpisane lub niedatowane ogłoszenia, komunikaty i informacje;

- j) oznaczono wszystkie oddziały szpitala tabliczkami informującymi o zakazie palenia oraz zobowiązano do przestrzegania tego zakazu.

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

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniach od 25 kwietnia do 11 maja 2012 r. w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym nr 7 Wojewódzkiego Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim.

1. Stwierdzone nieprawidłowości

Na podstawie przeprowadzonych na miejscu działań stwierdzono:

- 1) pacjentka z dysfunkcją ruchową, w przebiegu rozpoznanej choroby psychicznej przejawiała nieprzewidywalne zachowania agresywne wobec innych osób, tym samym postanowiono o tym, że pacjentka będzie spożywała posiłki w jednoosobowej sali zamiast w stołówce. Niemniej, pacjentce nie zapewniono odpowiednich warunków (w sali nie było stołu ani krzesła);
- 2) brak należytej opieki pielęgniarzkiej i nadzoru nad pacjentami (zbyt mała liczba personelu pielęgniarzkiego w trakcie dyżuru);
- 3) zły stan techniczny sali, w której przebywała pacjentka, tj.:
 - a) plamy zaciekowe na suficie,
 - b) odpryski farby oraz ubytki tynku na ścianach,
 - c) zniszczona wykładzina podłogowa,
 - d) wystające z sufitu przewody elektryczne,
 - e) zużyta pościel;
- 4) w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych (łazienka i wc) obok sali, w której przebywała pacjentka, stwierdzono brak dozowników na mydło w płynie oraz pojemników z ręcznikami jednorazowego użytku i pojemników na zużyte ręczniki;
- 5) w korytarzu przed wejściem do sali umieszczono kosz (bez przykrycia) na brudną bieliznę;
- 6) w wyniku analizy dokumentacji medycznej stwierdzono:
 - a) nierzetelne prowadzenie wpisów dokonywanych przez terapeutę zajęciowego,
 - b) w indywidualnych kartach zleceń lekarskich widnieją podpisy osoby przyjmującej zlecenie, a nie wykonującej; niekiedy brak odnotowania dawki zleczanych leków oraz brak wpisów lekarzy potwierdzających zlecenie leczenia farmakologicznego,
 - c) wpisy dokonywane przez lekarza są niekiedy nieczytelne lub mało czytelne,

- d) dokonywanie wpisów do dokumentacji przez osoby nieuprawnione,
 - e) podpisywanie dokonanych wpisów w dokumentacji medycznej przez pielęgniarkę nieobecną w tym okresie w pracy;
- 7) nieprawidłowe dokumentowanie zastosowanego środka przymusu bezpośredniego wobec pacjenta tj.:
- a) brak adnotacji o zastosowanej formie środka przymusu bezpośredniego,
 - b) brak adnotacji o przyczynach zastosowania środka przymusu,
 - c) brak adnotacji o przyczynach przedłużenia stosowania środka przymusu bezpośredniego oraz niekiedy kontroli stanu fizycznego pacjenta przebywającego w unieruchomieniu.

2. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

W wyniku przeprowadzonych działań stwierdzono, iż w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym nr 7, doszło do naruszenia następujących praw pacjenta:

- 1) do świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 6 ust. 1 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*;
- 2) do świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 8 ww. ustawy;
- 3) do informacji, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ww. ustawy;
- 4) do poszanowania intymności i godności, o którym mowa w art. 20 ust. 1 ww. ustawy;
- 5) do dokumentacji medycznej, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ww. ustawy.

3. Sformułowane zalecenia

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

- 1) dostosowanie pomieszczeń zakładu (w tym separatki) do wymagań uregulowanych w rozporządzeniu *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*;
- 2) podjęcie działań zmierzających do poprawy bezpieczeństwa pacjentów oraz opieki na optymalnym poziomie poprzez zapewnienie odpowiedniej obsady personelu;
- 3) umożliwienie pacjentce korzystania ze spacerów;
- 4) wprowadzenie nadzoru i kontroli nad pracownikami zajmującymi się przygotowaniem i wydawaniem posiłków dla pacjentki;
- 5) przeszkolenie personelu medycznego w zakresie sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów zgodnie z przepisami ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz rozporządzenia *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*;

- 6) przeszkolenie personelu medycznego w zakresie przestrzegania procedur higieniczno-sanitarnych oraz obowiązujących standardów z zakresu reżimu sanitarnego;
- 7) przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego z zakresu etyki zawodowej;
- 8) przeprowadzenie szkolenia personelu z zakresu przepisów ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* i ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* (ze szczególnym uwzględnieniem przepisów dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego).

4. Wyniki podjętych działań

- 1) Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Psychiatrycznego poinformował, że mając na uwadze treść przesłanego protokołu ze zbadania sprawy na miejscu, wystąpił do Wojewody Dolnośląskiego o pilne powołanie konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego dla województwa dolnośląskiego;
- 2) Dyrektor Wojewódzkiego Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim poinformował, że powołano komisję mającą na celu podjęcie czynności wyjaśniających oraz działań naprawczych w zakresie objętym protokołem oraz wskazała, że:
 - a) pacjentce nie uniemożliwia się spożywania posiłków w stołówce – w zależności od chęci, pacjentka spożywała posiłki albo na stołówce razem z innymi pacjentami albo w swojej sali. Sala ta została wyposażona w stół;
 - b) budynek zakładu opiekuńczo-leczniczego nr 7 zostanie wkrótce (III kwarta 2012 r.) wyłączony z eksploatacji, zaś pacjenci zostaną przeniesieni do nowego obiektu oraz pozostałych budynków centrum. Jednocześnie do tego czasu, w budynku zakładu opiekuńczo-leczniczego przeprowadzane będą tylko bieżące naprawy;
 - c) pozostawienie kosza z brudną bielizną na korytarzu było zdarzeniem incydentalnym (kosz był pozostawiony na korytarzu tylko na czas zmiany bielizny pościelowej w salach chorych znajdujących się na parterze budynku);
 - d) pacjentka nie ma ograniczonych wyjść na spacer – jednak z uwagi na stan zdrowia nie oddała się od budynku zakładu nr 7;
 - e) pacjentka uczestniczy w zajęciach terapeutycznych oraz zebraniach społeczności terapeutycznej;
 - f) zweryfikowano wpisy dotyczące stosowania wobec pacjentki przymusu bezpośredniego;
 - g) zweryfikowano wpisy w dokumentacji medycznej pacjentki;
 - h) w oddziałach ww. podmiotu leczniczego na każdej zmianie obecne są dwie pielęgniarki odcinkowe, sanitariuszki, które w zakresie obowiązków mają pomoc pielęgniarce w zapewnieniu bezpieczeństwa pacjentów. Przy planowaniu obsady pielęgniarskiej pod uwagę brana jest konieczność sprawowania opieki nad pacjentami;

- i) częstsze kontrole nad przygotowywaniem i wydawaniem posiłków będzie prowadził dietetyk, pielęgniarka epidemiologiczna oraz przełożona pielęgniarek;
 - j) zaplanowano i częściowo przeprowadzono szkolenie ze sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej;
 - k) zaplanowano szkolenie dla personelu z zakresu etyki zawodowej oraz przepisów ustaw wskazanych w protokole;
 - l) wprowadzono instrukcję dotyczącą stosowania przymusu bezpośredniego zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem regulującym przedmiotową kwestię;
- 3) Dyrektor Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przesłał informację o wynikach kontroli przeprowadzonej w 2011 r., w której wskazano, że pod względem rzetelności oceniono świadczeniodawcę pozytywnie z uchybieniami oraz stwierdzono nieprawidłowości w zakresie zachowania staranności w prowadzeniu dokumentacji medycznej.

V. Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie (woj. lubelskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 21 czerwca 2012 r., w izbie przyjęć oraz Oddziałach Psychiatrycznych Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznym w Chełmie.

1. Stwierdzone nieprawidłowości

Na podstawie przeprowadzonych na miejscu działań stwierdzono:

Izba Przyjęć:

- 1) na tablicy ogłoszeń nie wyeksponowano informacji dotyczących danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta, praw pacjenta oraz trybu składania skarg i wniosków;
- 2) w strukturze Izby Przyjęć nie wyodrębniono poczekalni dla pacjentów;
- 3) w wyniku oględzin pomieszczenia sanitarno-higienicznego oraz gabinetu lekarskiego stwierdzono:
 - a) brak dozowników ze środkiem dezynfekcyjnym oraz brak pojemników na ręczniki jednorazowego użycia;
 - b) nienależyty stan techniczny pomieszczenia higieniczno-sanitarnego, tj. odpadająca glazura, zagrzybiony brodzik prysznicowy, zniszczona podłoga;
 - c) obecność zbędnego sprzętu w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym, tj. zardzewiała drabina, pliki dokumentów, odbiornik radiowy;
- 4) brak należytej obsady personelu lekarskiego w Izbie Przyjęć.

Oddział Psychiatryczny I (męski) i Oddział Psychiatryczny II (żeński):

- 1) zbyt duże zagęszczenie chorych w salach uniemożliwia dostęp do łóżek pacjentów z trzech stron;
- 2) łóżka są ustawione w salach w sposób uniemożliwiający ich wyprowadzenie bez konieczności przesuwania łóżek sąsiednich, a niekiedy nawet mebli znajdujących się w salach;
- 3) pomieszczeń higieniczno-sanitarnych nie dostosowano dla osób niepełnosprawnych ruchowo, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich, a ponadto:
 - a) brak dozowników z mydłem w płynie oraz pojemników z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemników na zużyte ręczniki,
 - b) nieprawidłowe warunki sanitarne w łazience (oddział męski) – składowanie zabrudzonych ręczników, odpadów, zniszczona instalacji prysznicowa, zabrudzona podłoga, bardzo intensywny i nieprzyjemny zapach,
 - c) w toalecie brak deski sedesowej;
- 4) pomieszczenia oddziałów psychiatrycznych są w złym stanie sanitarno-technicznym tj.:
 - a) ściany z ubytkami tynku, w tym odpadającą farbą,
 - b) stolarka okienna, drzwiowa z ubytkami,
 - c) wyeksploatowana wykładzina podłogowa z poodklejanymi listwami przypodłogowymi lub ich brakiem,
 - d) grzejniki z widoczną korozją,
 - e) ubytki i pęknięcia glazury w pomieszczeniach sanitarno-higienicznych;
 - f) silikonowe uszczelnienia armatury sanitarnej oraz fugi między kafelkami z widoczną pleśnią;
- 5) nieprawidłowy sposób postępowania z brudną bielizną pościelową – niezabezpieczona w pojemnikach/workach, porzucana w łazience;
- 6) w brudowniku (oddział męski) składowano odpady komunalne, zniszczony sprzęt, m.in. uszkodzone krzesła i fotele;
- 7) meble będące na wyposażeniu sal chorych zniszczone, z widocznymi szczelinami (krzesła, fotele, stoliki, łóżka, szafki przyłóżkowe z ubytkami farby i drewna). Materace wyeksploatowane (z ubytkami, plamami) nie zabezpieczone pokrowcami. Pościel zużyta, wymieniana na życzenie pacjenta oraz w razie konieczności;
- 8) w pomieszczeniach oddziałów psychiatrycznych na tablicy ogłoszeń widniały nieaktualne informacje dotyczące danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta;
- 9) pacjenci nie mają dostatecznie wypełnionego wolnego czasu, szczególnie w godzinach popołudniowych oraz w dni świąteczne lub dni wolne od pracy;

- 10) pacjenci wskazali na brak możliwości korzystania z przegotowanej wody (dostępu do napojów pomiędzy posiłkami). Ponadto, wyrażali niezadowolenie z wyżywienia oferowanego przez szpital. Posiłki o złej jakości, tj. zaniżonej gramaturze, nieurozmaicone oraz niezgodne z tygodniowym jadłospisem;
- 11) w wyniku analizy losowo wybranych dokumentów stwierdzono następujące nieprawidłowości:
- a) brak adnotacji o niemożności przeprowadzenia konsultacji z drugim lekarzem psychiatrą,
 - b) albo psychologiem przy przyjęciu pacjenta bez zgody w trybie art. 23 ust. 1 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*,
 - c) brak zawiadomienia sądu opiekuńczego o przyjęciu pacjenta do szpitala w trybie art. 24 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*,
 - d) w dokumentacji medycznej (wypisanego ze szpitala) brak karty informacyjnej leczenia szpitalnego;
- 12) w Statucie Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Chełmie, w § 6 Rozdziału II Załącznika do Zarządzenia Nr 76 Dyrektora placówki, zamieszczono obszar działania szpitala, obejmujący: powiat chełmski – w zakresie wszystkich specjalności; powiat włodawski – w zakresie neurologii oraz anestezjologii i intensywnej terapii; powiat krasnostawski i włodawski – w zakresie psychiatrii, ortopedii, laryngologii, dermatologii, pulmonologii, chorób zakaźnych, dializ pozaustrojowych. Za nieprawidłowe uznać należy wprowadzanie zapisów mogących świadczyć o umownej rejonizacji.

2. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

W wyniku przeprowadzonych działań stwierdzono, iż w ww. podmiocie leczniczym, doszło do naruszenia następujących praw pacjenta:

- 1) do świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 8 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*;
- 2) do informacji, o którym mowa w art. 11 ww. *ustawy*;
- 3) do dokumentacji medycznej, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ww. *ustawy*.

3. Sformułowane zalecenia

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

- 1) dostosowanie pomieszczeń do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*;

- 2) przeszkolenie personelu w zakresie obowiązujących procedur higieniczno-sanitarnych oraz BHP;
- 3) zaangażowanie personelu w organizację planu dnia pacjentów, w tym opracowanie i wdrożenie planu zajęć terapeutycznych dla pacjentów;
- 4) podjęcie działań w zakresie poprawy jakości żywienia, w tym udostępnienie pacjentom napojów między posiłkami;
- 5) podjęcie działań w zakresie zmian zapisów w Statucie mogących świadczyć o umownej rejonizacji;
- 6) zapewnienie właściwej opieki lekarskiej pacjentom przebywającym w Izbie Przyjęć;
- 7) przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 8) zorganizowanie dla kadry zarządzającej oraz pozostałego personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*.

4. Wyniki podjętych działań

- 1) Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował, że po zapoznaniu się z nieprawidłowościami wskazanymi w protokole Rzecznika Praw Pacjenta ze badania sprawy na miejscu, podjęto decyzję o przeprowadzeniu szczegółowej kontroli w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Chełmie. W wyniku przeprowadzonej kontroli stwierdzono uchybienia w zakresie organizacji udzielania świadczeń, tj. świadczeniodawca nie opracował programów terapeutycznych dla poszczególnych zaburzeń oraz indywidualnych programów dla pacjentów. Stwierdzono również uchybienia w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej, tj. brak podpisów pielęgniarek w księdze raportów pielęgniarskich oraz brak planów diagnostyczno-konsultacyjnych w 31 spośród 50 analizowanych indywidualnych dokumentacjach medycznych. Tym samym, nałożono na świadczeniodawcę karę finansową oraz zostały przedstawione zalecenia pokontrolne;
- 2) Lubelski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny poinformował, że wystąpił do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Chełmie (pod nadzorem którego znajduje się obiekt szpitala), z prośbą o udzielenie informacji dotyczącej przebiegu nadzoru oraz podjętych działań w zakresie kompetencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej w sprawie nieprawidłowości wskazanych w przesłanym protokole ze badania sprawy na miejscu. W wyniku przeprowadzonej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:
 - a) zniszczone poplamione materace (część bez pokrowców),
 - b) ubytki tynku i farby na ścianach w korytarzu oddziału męskiego,

c) brudne ściany i sufity na klatce schodowej.

W celu wyeliminowania powyższych nieprawidłowości zostało wszczęto postępowanie administracyjne przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Chełmie;

- 3) Wojewódzki Inspektor Nadzoru Budowlanego poinformował, iż w związku z nieprawidłowościami wskazanymi w protokole ze badania sprawy na miejscu, Powiatowy Inspektor Nadzoru Budowlanego Miasta Chełm wszczął z urzędu postępowanie administracyjne. W wyniku przeprowadzonej kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie utrzymania i użytkowania zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. *Prawo budowlane* (Dz. U. z 1994 r., Nr 89, poz. 414, z późn. zm.) budynku oddziałów psychiatrycznych wraz z Izbą Przyjęć. Nie stwierdzono również uchybień świadczących o nieprawidłowościach eksploatacji budynku, a jedynie niewielkie usterki wynikające z jego normalnego użytkowania, które powinny być usuwane podczas wykonywania bieżących konserwacji budynku. Tym samym wydano decyzję administracyjną o odmowie nałożenia na ww. podmiot leczniczy obowiązku usunięcia nieprawidłowości w budynku, w którym znajdują się ww. oddziały wraz z Izbą Przyjęć;
- 4) Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Chełmie odniósł się do wskazanych w protokole nieprawidłowości oraz poinformował o podjętych działaniach naprawczych.

Izba Przyjęć:

- 1) z uwagi na brak możliwości organizacyjnych szpitala, obecnie nie jest możliwe wydzielenie poczekalni w Izbie Przyjęć;
- 2) pomieszczenie sanitarno-higieniczne zostało doprowadzone do właściwego stanu sanitarnego, uzupełniono ubytki glazury, odgrzybiono brodzik, naprawiono podłogę; doposażono pomieszczenie w pojemniki z mydłem w płynie oraz pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemników na zużyte ręczniki;
- 3) z uwagi na zbyt małą liczbę lekarzy psychiatrów nie jest możliwe zapewnienie oddzielnego, całodobowego dyżuru w Izbie Przyjęć;

Oddziały Psychiatryczne:

- 1) na 2013 r. zaplanowano remont generalny pomieszczeń oddziałów, w tym adaptację pomieszczeń pozostających w bezpośrednim sąsiedztwie odcinka psychiatrii żeńskiej po Oddziale Pulmonologicznym;
- 2) doposażono pomieszczenie łazienek w pojemniki z mydłem w płynie oraz pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemników na zużyte ręczniki;
- 3) materace zabezpieczono nieprzemakalnymi pokrowcami;

- 4) z uwagi na brak możliwości finansowych przeprowadzono jedynie drobne naprawy i remonty, tj. uzupełniono ubytki glazury, odmalowano pomieszczenia, a także zamontowano brakującą deskę sedesową w jednej z toalet;
- 5) przeprowadzono szkolenie personelu w zakresie obowiązujących procedur higieniczno-sanitarnych oraz BHP;
- 6) zaangażowano personel (w szczególności terapeutów) do organizacji planu dnia dla pacjentów;
- 7) w każdym oddziale szpitala założono zeszyt uwag o żywieniu, w którym pacjenci i personel mają możliwość zgłaszania zastrzeżeń. Ponadto firmie zewnętrznej zlecono przeprowadzenie kontroli jakości posiłków, zaś jej wyniki przedstawiono dostawcy posiłków. Pacjentom zapewniono również herbatę pomiędzy posiłkami;
- 8) przeprowadzono szkolenie dla personelu medycznego w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 9) przeprowadzono wewnętrzne szkolenie dla personelu pielęgniarskiego z zakresu prowadzenia historii pielęgnowania;
- 10) przeprowadzono szkolenie dla personelu z zakresu ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*;
- 11) zaktualizowano i uzupełniono wszystkie informacje udostępnione w pomieszczeniach szpitala.

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

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 19 czerwca 2012 r. w Samodzielnym Wojewódzkim Publicznym Zespole Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Radomiu. Zweryfikowano również stopień wdrożenia zaleceń wskazanych w protokole ze zbadania sprawy na miejscu z dnia 30 października 2011 r.

1. Przeprowadzone ustalenia

W wyniku zidentyfikowanych przez pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta nieprawidłowości w oddziałach psychiatrycznych (podczas czynności kontrolnych w dniach 14, 15, 16, 21, 22 września 2011 r.) w zakresie realizacji praw pacjenta, szpital nawiązał współpracę z:

- 1) Konsultantem Wojewódzkim w Dziedzinie Psychiatrii, w zakresie realizacji zaleceń pokontrolnych wskazanych w Protokole nr 1/2011 z kontroli przeprowadzonej w dniu 29 grudnia 2011 r. w Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci i Młodzieży Samodzielnego Wojewódzkiego Publicznego Zespołu Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. Barbary Borzym w Radomiu ul. Krychnowicka 1;

- 2) Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Warszawie, w zakresie organizacji szkoleń dla pielęgniarek.

Dyrekcja Szpitala podjęła również następujące działania, mające na celu poprawę warunków udzielania świadczeń zdrowotnych, tj.:

- 1) przygotowanie szpitala do wdrożenia systemu zarządzania jakością, zgodnego z normą ISO 9001:2008;
- 2) od początku 2011 r. czynione są starania ukierunkowane na zatrudnienie specjalisty psychiatrii dzieci i młodzieży. Dotychczasowe działania polegały na zamieszczeniu ogłoszeń w prasie lokalnej, stronie internetowej szpitala, stronie internetowej Samorządu Województwa Mazowieckiego, a także w Okręgowej Izbie Lekarskiej. Ponadto, podpisano umowę z firmą profesjonalnie zajmującą się pozyskiwaniem lekarzy na potrzeby podmiotów leczniczych. Dodatkowo zwrócono się z prośbą do Konsultanta Krajowego i Wojewódzkiego w Dziedzinie Psychiatrii Dzieci i Młodzieży o pomoc w pozyskaniu odpowiedniego specjalisty;
- 3) Dyrekcja szpitala prowadzi inwestycje poprawiające stan infrastruktury szpitalnej. Obecnie realizowane jest zadanie inwestycyjne polegające na rozbudowie i modernizacji zakładu opiekuńczo-leczniczego psychiatrycznego, którego koszt wyniesie ponad 7 mln 300 tys. zł. Realizacja tego przedsięwzięcia pozwoli na zwiększenie liczby łóżek o 100 oraz poprawę warunków bytowych pacjentów;
- 4) w 2012 r. pozyskano środki w kwocie 90 tys. zł. na wyposażenie Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu w narzędzia i pomoce dydaktyczne przydatne w terapii odwykowej;
- 5) Dyrektor szpitala wystąpił do Samorządu Województwa Mazowieckiego z wnioskami o przyznanie dotacji na zadania dotyczące:
 - a) realizacji zaleceń pokontrolnych Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Radomiu (koszt ponad 1 mln zł),
 - b) prac adaptacyjnych w celu przystosowania pomieszczeń szpitalnych do obowiązujących norm przeciwpożarowych (koszt 55 tys. zł),
 - c) wykonania audytu energetycznego niezbędnego przy ubieganiu się o środki na termomodernizację pawilonów szpitalnych (koszt ponad 20 tys. zł),
 - d) informatyzacji szpitala (koszt ok. 2 mln),
 - e) zainstalowania monitoringu w pawilonach szpitalnych i ich otoczeniu (koszt około 950 tys. zł);
- 6) Dyrektor szpitala zapewnił, iż na pisemny wniosek Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego i po przedłożeniu pisemnej zgody pacjenta na wgląd Rzecznika w dokumentację medyczną, lekarz oddziału lub lekarz dyżurny Izby Przyjęć udostępnia

Rzecznikowi Praw Pacjenta Szpital Psychiatrycznego dokumentację medyczną pacjenta bez zbędnej zwłoki.

W dniu zbadania sprawy na miejscu stwierdzono, iż w strukturze Szpitala funkcjonuje aktualnie jedynie Dzienny Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży (w systemie pracy jednozmianowej – ośmiogodzinnej, za wyjątkiem dni wolnych od pracy i dni świątecznych). Pacjenci (w wieku od 12 do 18 lat) nie wymagają opieki całodobowej, uczęszczają do szkoły usytuowanej na terenie obiektu. Za przyjazd do placówki i powrót małoletniego pacjenta do domu odpowiadają opiekunowie prawni, co potwierdzają swoim podpisem w dokumentacji medycznej pacjenta w dniu przyjęcia na oddział. Podczas czynności sprawdzających na oddziale przebywało 7 małoletnich pacjentów. Tym samym, nie było możliwe przeprowadzenie działań weryfikujących wdrożenie zaleceń będących wynikiem zbadania sprawy na miejscu w 2011 r. w stacjonarnym Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci i Młodzieży.

Nie uległa zmianie lokalizacja gabinetu Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (drugie piętro w budynku bez windy). Tym samym dostęp interesantów (w szczególności osób z dysfunkcją ruchową) do Rzecznika jest w dalszym ciągu ograniczony.

2. Stwierdzone nieprawidłowości

Na podstawie przeprowadzonych na miejscu czynności stwierdzono:

- 1) w wyniku oględzin pomieszczeń Dziennego Oddział Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży zwrócono uwagę na zły stan mebli będących na wyposażeniu jadalni (zniszczone z widocznymi szczelinami krzesła, stoliki z ubytkami farby i drewna).

Oddziały Psychiatryczne (V i VI):

- 1) zwrócono uwagę na informację zamieszczoną na drzwiach wejściowych do ww. Oddziału, odnośnie obowiązującego zakazu „wchodzenia dzieciom do lat 12”. W tym miejscu należy wskazać, iż powyższe może wskazywać na ograniczenie realizacji prawa pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego;
- 2) w salach chorych stwierdzono znaczne zagęszczenie łóżek, co ograniczało dostęp do nich z trzech stron. Odstępy między sąsiednimi łózkami uniemożliwiały swobodne korzystanie ze sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego;
- 3) niewystarczające wyposażenie pracowni terapii zajęciowej w materiały (pomoce edukacyjne).

3. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

W wyniku przeprowadzonych działań należy stwierdzić, iż Samodzielny Wojewódzki Publiczny Zespół Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. Barbary Borzym w Radomiu podjął stosowne działania w zakresie poprawy warunków udzielania świadczeń zdrowotnych w kontekście realizacji praw pacjenta. Niemniej, w wyniku zbadania sprawy na miejscu w 2012 r. stwierdzono, iż w ww. podmiocie leczniczym, doszło do naruszenia następujących praw pacjenta:

- 1) prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 8 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*;
- 2) prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, o którym mowa art. 33 *ww. ustawy*;
- 3) prawa do kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (art. 10a ust. 4 pkt 2 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*).

4. Sformułowane zalecenia

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

- 1) zatrudnienie lekarza specjalisty psychiatrii dzieci i młodzieży;
- 2) na Oddziale Dziennym Psychiatrycznym dla Dzieci i Młodzieży uwzględnienie w Programie zajęć terapeutycznych terapii dla rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 3) doposażenie pracowni terapii zajęciowej w materiały (pomoce edukacyjne);
- 4) zapewnienie Rzecznikowi Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego odpowiedniego pomieszczenia;
- 5) usunięcie z tablic informacyjnych komunikatów dotyczących stosowania zakazów/ograniczeń w kontaktach dzieci poniżej 12. roku życia z osobami hospitalizowanymi w Oddziałach Psychiatrycznych;
- 6) dostosowanie pomieszczeń do wymagań uregulowanych w rozporządzeniu *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*;
- 7) zorganizowanie dla kadry zarządzającej oraz pozostałego personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

5. Wyniki podjętych działań

- 1) Dyrektor szpitala odniósł się do wskazanych w protokole nieprawidłowości oraz poinformował o podjętych działaniach naprawczych tj.:
 - a) wskazał, że pomimo podjętych starań nie udało się zatrudnić lekarza specjalisty psychiatrii dzieci i młodzieży. Tym samym dnia 31 października 2012 r. dokonany został wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzoną przez Wojewodę Mazowieckiego wskazujący datę zakończenia działalności Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży z dniem 20 listopada 2012 r.;
 - b) pomoce edukacyjno-terapeutyczne są sukcesywnie uzupełniane w miarę potrzeb oraz w miarę możliwości finansowych szpitala;
 - c) usunięty został komunikat o stosowaniu zakazów/ograniczeń w kontaktach dzieci poniżej 12. roku życia z osobami hospitalizowanymi w oddziałach psychiatrycznych;

- d) zadeklarowano, iż w przypadku zwolnienia pomieszczenia na parterze budynku administracji, zostanie ono przeznaczone dla Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego;
 - e) przeprowadzono lub zaplanowano stosowne szkolenia dla personelu szpitala.
- 2) Marszałek Województwa Mazowieckiego poinformował, że poczyni wszelkie starania celem realizowania przez ww. podmiot leczniczy zadań wynikających ze Statutu Szpitala oraz z przestrzegania praw pacjenta.

VII. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Neuropsychiatryczny im. prof. Mieczysława Kaczyńskiego w Lublinie (woj. lubelskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 20 czerwca 2012 r. w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szpital Neuropsychiatryczny w Lublinie.

1. Stwierdzone nieprawidłowości

Na podstawie przeprowadzonych na miejscu działań stwierdzono:

Izba Przyjęć:

- 1) księga odmów pielęgniarskich – psychiatryczna nie zawierała informacji o udzielonych świadczeniach zdrowotnych, a także potwierdzenia podpisem pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego adnotacji o braku zgody na pobyt w szpitalu lub informacji o odmowie podpisania przez pacjenta adnotacji o braku zgody. Księga ta nie spełnia wymogów księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w Izbie Przyjęć.

Oddziały Ogólnopsychiatryczne (IV i V):

- 1) zbyt duże zagęszczenie chorych w salach uniemożliwia dostęp do łóżek pacjentów z trzech stron;
- 2) na tablicy informacyjnej widnieje nieaktualna informacja o funkcji Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego;
- 3) na tablicy ogłoszeń umieszczone są Zasady Pełnienia Prac Porządkowych w Oddziale V, na podstawie których pacjenci podejmują dobrowolne dyżury (po dwie osoby każdego dnia), które są ustalane raz w tygodniu, na spotkaniach społeczności terapeutycznej (pkt 2 ww. Zasad). Przy zgłaszaniu się do pełnienia dyżurów personel oddziału ocenia i uwzględnia możliwości fizyczne i psychiczne pacjenta (pkt 3 ww. Zasad). W sytuacji gorszego samopoczucia pacjenta istnieje możliwość zamiany lub zastępstwa z innym pacjentem (pkt 6 ww. Zasad). W ramach pełnienia dyżuru na stołówce, do zadań pacjentów należy m.in.: wytarcie stolików, umycie podłogi, ustawianie krzeseł. Dyżury są pełnione po każdym posiłku (pkt 4 ww. Zasad). Jednocześnie, pacjenci dobrowolnie pomagają przy wnoszeniu termosów

z posiłkami (pkt 5 ww. Zasad). Mając na uwadze powyższe, w oparciu o opinię Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Psychiatrii z dnia 23 kwietnia 2012 r., należy zauważyć, iż zastrzeżenie budzi treść pkt 4 (zmywanie podłogi przez pacjentów) i pkt 5 ww. Zasad;

- 4) odnośnie zapewnianych przez szpital posiłków, pacjenci wyrazili w tym względzie zastrzeżenia tj. nieurozmaicony jadłospis (w tym mała ilość warzyw i owoców);
- 5) w analizowanej dokumentacji medycznej stwierdzono:
 - a) brak wpisów świadczących o czynności zapoznania pacjenta przyjętego do szpitala bez zgody z planowanym postępowaniem leczniczym,
 - b) w niektórych kartach zastosowania unieruchomienia lub izolacji brakowało podsumowania czasu trwania stosowania środka przymusu bezpośredniego, oznaczenia pacjenta, wobec którego stosowane jest unieruchomienie; powodu zastosowania unieruchomienia.

W Oddziale Neuropsychiatrii Dziecięcej IX oraz w Oddział Psychiatryczny dla Młodzieży nie stwierdzono nieprawidłowości.

2. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

W wyniku przeprowadzonych działań stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 8 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

3. Sformułowane zalecenia

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

- 1) zaniechanie angażowania pacjentów Oddziału V do wykonywania prac porządkowych należących do obowiązków personelu (wykreślenie pkt 4 i pkt 5 Zasad Pełnienia Prac Porządkowych);
- 2) usunięcie nieaktualnej informacji o Rzeczniku Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego;
- 3) zamieszczanie w księdze odmów pielęgniarских – psychiatrycznej potwierdzenia pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego o braku zgody na pobyt w szpitalu lub informacji o odmowie podpisania przez pacjenta adnotacji o braku zgody;
- 4) udostępnienie pacjentom jadłospisu oraz jego urozmaicenie (w tym zwiększenie porcji warzyw i owoców);
- 5) zorganizowanie dla personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów rozporządzenia *w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania*;
- 6) zorganizowanie dla personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów rozporządzenia *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*;

- 7) zorganizowanie dla personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* i ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*.

4. Wyniki podjętych działań

Dyrektor ww. podmiotu leczniczego poinformował, jakie podjęto działania naprawcze, tj.:

- 1) zaniechano angażowania pacjentów Oddział V do wykonywania prac porządkowych – zmieniono zapisy w Zasadach Pełnienia Prac Porządkowych;
- 2) usunięto niekatulaną informację o Rzeczniku Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego;
- 3) księga odmów pielęgniarских – psychiatryczna została uznana za dokument nieobowiązujący;
- 4) urozmaicono zestaw i skład posiłków podawanych pacjentom szpitala oraz udostępniano jadłospis;
- 5) przeprowadzono stosowne szkolenia dla personelu szpitala;
- 6) podjęto decyzję o podjęciu działań mających na celu uzyskanie akredytacji Ministra Zdrowia i w tym celu zweryfikowano całą dokumentację medyczną w szpitalu pod kątem zgodności jej prowadzenia z obowiązującymi przepisami. Powołano specjalną komisję oraz wydano stosowne zarządzenia w przedmiocie powyższego.

VIII. Samodzielny Publiczny Szpital Miejski w Sosnowcu (woj. śląskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 27 lipca 2012 r. na Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym oraz Oddziale Psychiatrycznym dla Chorych Somatycznie w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Miejskim w Sosnowcu.

1. Stwierdzone nieprawidłowości

Na podstawie przeprowadzonych na miejscu czynności stwierdzono następujące nieprawidłowości:

- 1) utworzono stanowisko „Rzecznika Praw Pacjenta”, który podlega bezpośrednio Dyrektorowi placówki (na podstawie Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Szpitala Miejskiego w Sosnowcu).

Oddział Psychiatryczny Ogólny oraz Oddział Psychiatryczny dla Chorych Somatycznie

- 1) na tablicach ogłoszeń widnieją nieaktualne informacje odnośnie praw pacjenta (Karta Praw Pacjenta) oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta (Biuro Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia). Ponadto, nie udostępniono informacji o trybie składania skarg i wniosków;
- 2) zapisy Regulaminu Oddziału przewidują, że pacjenci mogą być odwiedzani jedynie przez dwie osoby jednocześnie oraz nie mogą być odwiedzani przez osoby poniżej 12. roku życia (dotyczy Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego);

- 3) Regulamin Oddziału stanowi ponadto, iż rzeczy pozostawione w depozycie przez pacjentów mogą być odbierane jedynie pomiędzy godz. 8 a 9 rano. Ww. zapis jest nieuzasadnionym utrudnieniem realizacji prawa pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie (dotyczy Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego);
- 4) w obu kontrolowanych oddziałach oferta programowa w zakresie prowadzonych zajęć terapeutyczno-rehabilitacyjnych jest niewystarczająca:
 - a) nie opracowano indywidualnych programów terapeutycznych dla poszczególnych pacjentów oraz okresowych ocen skuteczności zajęć rehabilitacyjnych,
 - b) terapia zajęciowa prowadzona w wymiarze 2–3 godzin dziennie,
 - c) nienależyte wyposażenie pracowni terapii zajęciowej w niezbędne materiały (w tym pomoce edukacyjne),
 - d) niewprowadzenie systemu motywacyjnego dla pacjentów (nagradzanie za aktywne uczestnictwo w zajęciach);
- 5) okno w męskiej toalecie i łazience (Oddział Psychiatryczny Ogólny – parter) nie posiada rolety lub zmatowień szyby;
- 6) zbyt duże zagęszczenie chorych w salach uniemożliwia dostęp do łóżek pacjentów z trzech stron;
- 7) sposób ustawienia łóżek uniemożliwia ich wyprowadzenie bez konieczności przesuwania łóżek sąsiednich, a niekiedy nawet mebli znajdujących się w salach. Ponadto, w niektórych salach odstępy pomiędzy łóżkami nie umożliwiają swobodnego dostępu do pacjentów;
- 8) wyposażenie i meble (przede wszystkim szafki przyłóżkowe) są wyeksploatowane oraz w dużej części poważnie uszkodzone (widoczne szczeliny, pęknięcia);
- 9) łóżka w salach chorych są w bardzo złym stanie (wyeksploatowane, braki i pęknięcia w strukturze materiału);
- 10) pościel zużyta, znacznie zniszczona, materace bez pokrowców, brak materacy przeciwoleżynowych;
- 11) w Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym znajduje się system monitoringu obejmujący oprócz sal obserwacyjnych dla kobiet i mężczyzn również całe toalety. Ponadto, stanowisko monitoringu znajdujące się na korytarzu, usytuowane jest w ten sposób, że możliwy jest wgląd przez osoby postronne w wyświetlany obraz z kamer;
- 12) część personelu medycznego nie posiada imiennych identyfikatorów;
- 13) pacjenci wyrażali niezadowolenie z wyżywienia oferowanego przez szpital. Wskazywali, że posiłki są mało urozmaicone, porcje niewystarczające, jak również niezgodne z tygodniowym jadłospisem. Analiza jadłospisu to potwierdziła. Codziennie, zarówno na śniadanie, jak i kolację pacjenci otrzymują jedynie bułkę (chleb) z masłem oraz kawę

mleczną (herbatę), ewentualnie zupełną mleczną. Posiłki nie zawierają wędlin, serów, czy warzyw;

- 14) na podstawie analizy dokumentacji medycznej, stwierdzono następujące nieprawidłowości:
- a) powiadomienia kierownika podmiotu leczniczego o zastosowaniu przymusu bezpośredniego są niezgodne z załącznikiem nr 2 do rozporządzenia w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania;
 - b) karta zastosowania unieruchomienia lub izolacji niezgodna z załącznikiem nr 5 do ww. rozporządzenia oraz § 17 ust. 3 ww. rozporządzenia (brak rubryki do odnotowania osób wykonujących unieruchomienie lub izolację);
 - c) z informacji zawartych w kartach zastosowania unieruchomienia lub izolacji wynika, że pacjent unieruchomiony był przez 70 godzin i 15 minut, po tym czasie został zwolniony z unieruchomienia na 2 godziny i ponownie unieruchomiony na 1 godzinę i 15 minut. W ww. dokumentach jest wpis o przedłużeniu unieruchomienia dopiero po 24 godzinach i następny po kolejnych 24 godzinach. Nie ma pieczętki drugiego lekarza psychiatry, który wydałby stosowną opinię w celu przedłużenia przymusu;
 - d) z indywidualnej karty obserwacji pacjenta z cewnikiem wynika, że pacjent miał założony cewnik *Foleya* w okresie od dnia 3 lipca 2012 r. do 9 lipca 2012 r. Nie dokonano jednak wpisów dotyczących uzasadnienia ww. działania inwazyjnego w żadnym dokumencie znajdującym się w historii choroby;
 - e) w wyniku analizy indywidualnych kart zleceń lekarskich stwierdzono braki w rubryce potwierdzającej wykonanie zlecenia lekarskiego.

2. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

W wyniku przeprowadzonych działań stwierdzono, iż w ww. podmiocie leczniczym, doszło do naruszenia następujących praw pacjenta:

- 1) do świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 8 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*;
- 2) do informacji o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ww. ustawy;
- 3) do poszanowania intymności i godności, o którym mowa w art. 20 ust. 1 ww. ustawy;
- 4) do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, o którym mowa w art. 33 ww. ustawy;
- 5) do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie, o którym mowa w art. 39 ww. ustawy.

3. Sformułowane zalecenia

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do Świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

- 1) dostosowanie pomieszczeń do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
- 2) podjęcie niezwłocznych i zdecydowanych działań w zakresie poprawy jakości żywienia, zwiększenie gramatury posiłków oraz urozmaicenie diety;
- 3) zaangażowanie personelu w organizację planu dnia pacjentów, doposażenie pracowni terapii zajęciowej w niezbędne dla prowadzenia zajęć materiały, a także wdrożenie i opracowanie planu zajęć terapeutycznych;
- 4) umożliwienie osobom poniżej 12 roku życia odwiedzin pacjentów;
- 5) usunięcie z tablic ogłoszeniowych wszelkich niedatowanych, niepodpisanych i sprzecznych z obowiązującymi przepisami komunikatów;
- 6) przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego w zakresie prowadzenia oraz udostępniania dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 7) przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego w zakresie stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 8) umożliwienie swobodnego i nieograniczonego dostępu do depozytu rzeczy wartościowych;
- 9) umieszczenie na tablicach informacyjnych w Szpitalu aktualnej informacji na temat praw pacjenta oraz danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta;
- 10) zobowiązanie personelu Szpitala do noszenia w widocznym miejscu imiennych identyfikatorów;
- 11) zapewnienie rolety lub odpowiednich zmatowień w oknie męskiej toalety (Oddział Psychiatryczny);
- 12) ustawienie kamery monitoringu w ten sposób, aby korzystający z toalety Pacjenci nie byli widoczni;
- 13) zmiana ustawienia ekranu systemu monitoringu w ten sposób, aby obraz z kamer nie był widoczny dla osób postronnych.

4. Wyniki podjętych działań

- 1) Śląski Państwowy Inspektor Sanitarny wystąpił do organu tworzącego ww. podmiot leczniczy w sprawie zbyt małych stawek żywieniowych, wpływających na jakość posiłków. Ponadto, poinformował, że w związku z nieprawidłowościami sanitarno-higienicznymi w Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym ww. podmiotu leczniczego,

stwierdzonymi w wyniku przeprowadzonych działań kontrolnych, wszczęto postępowanie administracyjne i zalecono:

- a) zapewnienie powierzchni mebli w punkcie pielęgniarskim i salach chorych umożliwiających utrzymanie ich we właściwym stanie higieniczno-sanitarnym,
- b) doprowadzenie do właściwego stanu higieniczno-sanitarnego ścian korytarza komunikacyjnego, ścian i sufitów sal chorych.

Jednocześnie wskazano, że szpital przedłożył program dostosowania do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* pomieszczeń Oddziałów – w odniesieniu do Oddziału Psychiatrycznego oraz Oddziału Psychiatrycznego dla Chorych Somatycznie termin określono na lata 2013–2016. Z uwagi na to, że w ocenie Śląskiego Państwowego Inspektora Sanitarnego zbyt duże zagęszczenie łóżek w salach chorych nie powoduje z punktu widzenia sanitarnego zagrożenia dla życia lub zdrowia pacjentów i personelu, zatwierdzono możliwość czasowego odstępstwa od stosowania dyspozycji dotyczącej rozmieszczenia łóżek, wskazanej w rozporządzeniu;

- 2) Powiatowy Inspektor Nadzoru Budowlanego w Sosnowcu poinformował, że w związku z przeprowadzoną kontrolą w ww. podmiocie leczniczym, wszystkie stwierdzone nieprawidłowości zostały usunięte przez zarządcę budynku w którym mieści się Szpital, bez zbędnej zwłoki;
- 3) Dyrektor Szpitala odniósł się do wskazanych w protokole ze zbadania sprawy na miejscu nieprawidłowości oraz poinformował o podjętych działaniach naprawczych tj.:
 - a) podjęto decyzję o outsourcingu usług żywienia pacjentów;
 - b) wdrożono indywidualne programy terapeutyczne oraz urozmaicono i rozszerzono ofertę terapeutyczną;
 - c) w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala wprowadzono zmianę dotyczącą punktu stanowiącego o odwiedzinach osób nieletnich;
 - d) usunięto z tablic ogłoszeniowych wszelkie niedatowane, niepodpisane i sprzeczne z obowiązującymi przepisami komunikatów;
 - e) zweryfikowano prowadzenie oraz udostępnianie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - f) zarządzeniem Dyrektora Szpitala określono sposób zapewnienia pacjentom dostępu do informacji o prawach pacjenta;
 - g) wprowadzono obowiązek noszenia przez personel identyfikatorów;
 - h) zmatowiono szyby w oknach w toalecie męskiej;

- i) zmieniono ustawienia ekranu systemu monitoringu w ten sposób, aby obraz z kamer nie był widoczny dla osób postronnych.

IX. Zakład Opiekuńczo-Lecniczy Psychiatryczny w Rasztowie (woj. mazowieckie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 25 lipca 2012 r. w Zakładzie Opiekuńczo-Lecniczym Psychiatrycznym w Rasztowie, działającym w ramach Samodzielnego Wojewódzkiego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Warszawie.

1. Stwierdzone nieprawidłowości

Na podstawie przeprowadzonych na miejscu działań stwierdzono:

- 1) zbyt duże zagęszczenie chorych w salach uniemożliwia dostęp do łóżek pacjentów z trzech stron;
- 2) pacjenci wyrażali niezadowolenie z wyżywienia oferowanego przez Szpital. Wskazywali, że posiłki są mało urozmaicone, porcje niewystarczające, jadłospis nie jest udostępniony;
- 3) w łazienkach i toaletach stwierdzono nieliczne uszkodzenia ścian z powodu zacieków;
- 4) w korytarzu przy wejściu do Zakładu umieszczone były środki przeciwko gryzoniom oraz kosze do segregacji odpadów, co stanowić może niebezpieczeństwo dla zdrowia pacjentów;
- 5) na tablicach udostępniono nieaktualne, wprowadzające w błąd informacje wskazujące na nieistniejące stanowiska (Rzecznik Praw Pacjenta przy Mazowieckim Oddziale Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia);
- 6) na tablicy ogłoszeń umieszczono informację, że: „dokumentacja dostępna na prośbę pacjenta znajduje się w gabinecie zabiegowym”. Dostęp do informacji prawnej w gabinecie zabiegowym, który nie jest miejscem ogólnodostępnym nie wypełnia dyspozycji w zakresie praw pacjenta do określonych informacji;
- 7) dokumentacja dotycząca stosowania przymusu bezpośredniego (jeden przypadek w okresie objętym kontrolą) jest prowadzona niezgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia *w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania* tj. brak Karty Zastosowania Unieruchomienia lub Izolacji;
- 8) w odniesieniu do wpisów lekarskich w Historii Choroby stwierdzono brak wpisów świadczących o planach terapeutycznych wobec pacjenta, regularnych spotkaniach mających na celu realizację tych planów i oceny ich realizacji, oddziaływaniu psychoterapeutycznym;
- 9) w odniesieniu do wpisów pielęgniarskich w Historii Choroby stwierdzono brak wpisów świadczących o udziale personelu pielęgniarskiego w realizacji planów terapeutycznych;

- 10) pacjenci mają ograniczony kontakt z osobami bliskimi. W pobliżu telefonu stacjonarnego umieszczono ogłoszenie: „W celu skorzystania z telefonu i automatu należy zgłosić się do: terapeutek, salowych, pielęgniarek, psychologów”. Pacjenci mają jednak możliwość korzystania z telefonów komórkowych;
- 11) nie zostały opracowane indywidualne programy rehabilitacji;
- 12) zgodnie z informacją na drzwiach sali terapii zajęciowej terapia w sali odbywa się przez 3 godziny dziennie, tymczasem powinna odbywać się co najmniej przez 4 godziny;
- 13) na podstawie losowo wybranych Indywidualnych Kart Terapii Zajęciowej stwierdzono, że wpisy prowadzone są nieregularnie (średnio raz lub dwa razy w miesiącu, w innych Kartach zawarto tylko jeden zapis, choć pacjenci przebywają w Zakładzie od kilkunastu miesięcy). W dokumentacji odnotowano wyłącznie obserwacje zachowania pacjenta na terenie Zakładu. Zapisy te nie świadczą o spełnieniu wymogu: planowania, koordynacji i okresowej oceny skuteczności zajęć rehabilitacyjnych;
- 14) pacjenci podnieśli, że rozmowy indywidualne z psychologami odbywają się bardzo rzadko i nie miały miejsca od wielu tygodni.

2. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

W wyniku przeprowadzonych działań stwierdzono, iż w ww. podmiocie leczniczym, doszło do naruszenia następujących praw pacjenta:

- 1) do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, o którym mowa w art. 6 ust. 1 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*;
- 2) do świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 8 ww. *ustawy*;
- 3) do informacji o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, o którym mowa w art. 11 ww. *ustawy*;
- 4) do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, o którym mowa art. 33 ww. *ustawy*.

3. Sformułowane zalecenia

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do Świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

- 1) umożliwienie osobom bliskim odwiedzin na terenie Zakładu bez względu na przedział wiekowy, zniesienie ograniczeń, co do liczby odwiedzanych osób (uzależnić jedynie od możliwości organizacyjnych podmiotu);
- 2) przeniesienie aparatu telefonicznego w miejsce, w którym pacjent będzie mógł korzystać z niego bez ograniczeń i rozmawiać z osobami bliskimi bez udziału osób trzecich;
- 3) przeprowadzenie szkolenia z zakresu dokumentowania środków przymusu bezpośredniego;

- 4) wdrożenie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 października 1995 r. w *sprawie organizowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i nagradzania uczestników tych zajęć* (w szczególności § 2 i 3);
- 5) realizowanie zajęć terapeutycznych i uatrakcyjnienie ich, opracowanie i wdrożenie systemu motywowania pacjentów do udziału w zajęciach;
- 6) zorganizowanie dla Kadry zarządzającej oraz pozostałego personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz ustawy o *ochronie zdrowia psychicznego*;
- 7) usunięcie nieaktualnych informacji odnośnie Rzeczników Praw Pacjenta funkcjonujących przy Narodowym Funduszu Zdrowia.

4. Wyniki podjętych działań

Dyrektor Samodzielnego Wojewódzkiego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Warszawie poinformował o podjętych działaniach naprawczych, tj.:

- 1) zgodnie z zaleceniem, dokonano aktualizacji Regulaminu dla osób odwiedzających pacjentów Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Rasztowie;
- 2) aparat telefoniczny umiejscowiono w ogólnodostępnym miejscu, zaś pacjenci mogą prowadzić rozmowy bez udziału osób trzecich;
- 3) przeprowadzono lub zaplanowano stosowne szkolenia dla personelu Szpitala;
- 4) określono rodzaje i zakresy programowe zajęć rehabilitacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem indywidualnych potrzeb pacjentów;
- 5) przeprowadzono spotkanie z personelem na temat pożądanych kierunków prowadzonej terapii, a także metod pracy z pacjentami;
- 6) zabezpieczono środki finansowe na nagrody dla pacjentów aktywnie uczestniczących w zajęciach rehabilitacyjnych;
- 7) wprowadzono system okresowych kontroli i ocen skuteczności prowadzonych zajęć rehabilitacyjnych;
- 8) ujednolicono sposób prowadzenia dokumentacji w zakresie zajęć terapeutycznych;
- 9) usunięto z tablic ogłoszeniowych lub uaktualniono wszelkie niedatowane, niepodpisane i sprzeczne z obowiązującymi przepisami komunikaty oraz nieaktualne informacje.

X. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Psychiatryczny w Toszku (woj. śląskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 26 lipca 2012 r. w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szpital Psychiatryczny w Toszku.

1. Stwierdzone nieprawidłowości

Na podstawie przeprowadzonych na miejscu działań stwierdzono:

- 1) łóżka w salach chorych, za wyjątkiem łóżek w Oddziale Sądowym dla Nieletnich o Wzmocnionym Zabezpieczeniu (XVII), nie są dostępne z trzech stron w tym z dwóch dłuższych;
- 2) okna w Oddziałach XIV i XV są zniszczone, nieszczelne, a stolarka okienna pokryta jest zluszczejącą się farbą;
- 3) korzystanie przez pacjentów z możliwości przebywania na świeżym powietrzu jest ograniczone z uwagi na brak odpowiedniej infrastruktury przy Oddziale Sądowym dla Nieletnich o Wzmocnionym Zabezpieczeniu (XVII). Utwardzony plac przy Oddziale nie może być uznany za w pełni funkcjonalny teren rekreacyjny;
- 4) na podstawie analizy monitoringu z zastosowania wobec pacjentów unieruchomienia oraz izolacji ustalono, iż kontrola stanu fizycznego pacjentów, wobec których zastosowano przymus bezpośredni dokonywana jest rzadziej, niż co 15 minut;
- 5) pacjenci Oddziałów Sądowych o Wzmocnionym Zabezpieczeniu (V, VI, VII) oraz Oddziału dla Nieletnich o Wzmocnionym Zabezpieczeniu (XVII) są wyprowadzani w kajdankach na badania specjalistyczne, które odbywają się na terenie szpitala;
- 6) w dokumentacji indywidualnej w dokumentacji zbiorczej (księga raportów pielęgniarских), stwierdzono brak pełnej informacji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego. W dokumentacji medycznej pacjenta odnotowano zastosowanie środka przymusu bezpośredniego zarówno w historii choroby, jak i w księdze raportów pielęgniarских. Brak jednak karty zastosowania unieruchomienia lub izolacji;
- 7) w historii choroby dokonano licznych skreśleń w sposób niezgodny z § 4 ust. 3 rozporządzenia *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*;
- 8) we wszystkich Oddziałach Sądowych o Wzmocnionym Zabezpieczeniu wizyty pacjentów odbywają się w obecności pracowników ochrony. Ponadto, w Oddziale (V) wizyty odbywają się w miejscu przechodnim (ogólnodostępnym), pomiędzy dyżurką personelu, a wejściem do Oddziału.

2. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

W wyniku przeprowadzonych działań stwierdzono, iż w ww. podmiocie leczniczym, doszło do naruszenia następujących praw pacjenta:

- 1) do świadczeń zdrowotnych udzielanych, o którym mowa w art. 8 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*;
- 2) do poszanowania intymności i godności, o którym mowa w art. 20 ust. 1 ww. *ustawy*;
- 3) do dokumentacji medycznej, o którym mowa w art. 23 ust. 1 *ustawy*.

3. Sformułowane zalecenia

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do Świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

- 1) zapewnienie bezpieczeństwa oraz godnych warunków umożliwiających realizację prawa do poszanowania życia rodzinnego i prywatnego podczas odwiedzin na Oddziałach Sądowych o Wzmocnionym Zabezpieczeniu, poprzez:
 - a) wydzielenie pomieszczenia, zapewniającego intymność odwiedzin na Oddziale Sądowym o Wzmocnionym Zabezpieczeniu (V);
 - b) zapewnienie odwiedzin na Oddziałach Sądowych o Wzmocnionym Zabezpieczeniu bez bezpośredniego uczestnictwa pracowników ochrony podczas spotkania z bliskimi;
- 2) zaprzestanie stosowania praktyki polegającej na zakładaniu kajdanek pacjentom Oddziałów Sądowych o Wzmocnionym Zabezpieczeniu;
- 3) dostosowanie pomieszczeń do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*;
- 4) doprowadzenie terenu rekreacyjnego przy Oddziale Sądowym dla Nieletnich o Wzmocnionym Zabezpieczeniu (XVII) do należytego stanu technicznego i użytkowego;
- 5) przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego z zakresu prowadzenia dokumentacji medycznej;
- 6) przeprowadzenie szkolenia dla zatrudnionego personelu z zakresu obowiązujących przepisów dotyczących zastosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego oraz oceny zasadności jego zastosowania;
- 7) szkolenie personelu z przepisów ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* i ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*.

4. Wyniki podjętych działań

- 1) Śląski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny poinformował o przekazaniu protokołu ze zbadania sprawy na miejscu do rozpatrzenia zgodnie z kompetencjami do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach. W odrębnym piśmie Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny wskazał, że zalecenia dla ww. podmiotu leczniczego zawarto w postanowieniu z dnia 30 czerwca 2009 r., w którym zobowiązano szpital do:
 - a) zmniejszenia liczby łóżek w pokojach pacjentów;
 - b) wymianę mebli na umożliwiające ich mycie i dezynfekcję;
 - c) wymianę okien w pokojach łóżkowych, w których przebywają pacjenci;
 - d) wymiany zniszczonej i zużytej pościeli na nową;
- 2) Śląski Wojewódzki Inspektor Nadzoru Budowlanego Sanitarny poinformował o przekazaniu protokołu ze zbadania sprawy na miejscu do rozpatrzenia zgodnie z kompetencjami do Państwowego Powiatowego Inspektora Nadzoru Budowlanego w Gliwicach;
- 3) dyrektor ww. podmiotu leczniczego poinformował o podjętych działaniach naprawczych:
 - a) sukcesywnie prowadzone są prace modernizacyjne i wymiana zużytego sprzętu na nowy;
 - b) rozpoczęto modernizację terenu sportowo-rekreacyjnego Oddziału XVII dla nieletnich, (zakończono wymianę nawierzchni);
 - c) wprowadzono zarządzenie zakazujące konwojowania pacjentów Oddziałów Sądowych w kajdankach na konsultacje, badania i leczenie na zewnątrz szpitala;
 - d) przeprowadzono lub zaplanowano stosowne szkolenia dla personelu szpitala;
 - e) na Oddziale V wyodrębniono salę odwiedzin;
 - f) wprowadzono zakaz obecności pracowników ochrony w czasie odwiedzin rodzin u pacjentów;
- 4) Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował, iż w związku z nieprawidłowościami wskazanymi w protokole ze zbadania sprawy na miejscu, podjęto decyzję o przeprowadzeniu kontroli w ww. podmiocie leczniczym;
- 5) Wicemarszałek Województwa Śląskiego poinformował, iż będzie monitorował wdrażanie zaleceń wskazanych w protokole w zakresie uprawnień i kompetencji organu założycielskiego.

XI. Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu (woj. małopolskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 14 września 2012 r. w Oddziale Psychiatrii Pododdziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynenckich Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II w Nowym Targu.

1. Stwierdzone nieprawidłowości

Na podstawie przeprowadzonych na miejscu działań stwierdzono:

- 1) na tablicy ogłoszeń nie wyeksponowano w pełni aktualnych informacji dotyczących: danych teleadresowych Biura Rzecznika Praw Pacjenta, praw pacjenta oraz informacji o trybie składania skarg i wniosków;
- 2) zbyt duże zagęszczenie chorych w salach uniemożliwia dostęp do łóżek pacjentów z trzech stron;
- 3) zły stan sanitarno-techniczny pomieszczeń, tj.:
 - a) ściany brudne, w tym z odpadającą farbą,
 - b) stolarka drzewiowa z ubytkami,
 - c) podłoga w złym stanie technicznym;

w pomieszczeniach sanitarno-higienicznych:

- d) brak dozowników ze środkiem dezynfekcyjnym oraz brak pojemników na ręczniki jednorazowego użycia,
- e) pęknięcia w glazurze, zniszczona instalacja prysznicowa, zagrzybione muszle sedesowe, zagrzybiony brodzik prysznicowy, zniszczona podłoga, ściany brudne,
- f) bardzo intensywny i nieprzyjemny zapach;

w salach chorych:

- g) łóżka nie spełniają wymagań zawartych w § 27 pkt 1 rozporządzenia *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*,
 - h) pościel zużyta, bądź brak pościeli (część pacjentów miała do dyspozycji tylko koc bez poszewki);
- 4) w dniu badania sprawy na miejscu niektórzy pacjenci byli zaniedbani pod względem higienicznym. Jeden z pacjentów chodził boso (bez skarpet, butów), nie posiadał przyborów higienicznych (mydła, ręcznika, pasty i szczoteczki do zębów). Z opinii personelu medycznego wynikało, że zabezpieczenie ww. potrzeb pacjenta nie należy do jego obowiązków. Stwierdzono brak jakiegokolwiek współpracy pracowników Oddziału

- z zatrudnionym przez szpital pracownikiem socjalnym. Jak wynika z relacji pacjentów, pracownik socjalny swoim wsparciem nie obejmuje pacjentów Oddziału Psychiatrycznego;
- 5) z relacji pacjentów wynika, że wykonują oni czynności porządkowe (kompleksowe sprzątanie stołówek, wyrzucanie śmieci, sprzątanie łazienek, zmiana pościeli). Na zebraniu społeczności terapeutycznej ustalane są dyżury. W czasie czynności sprawdzających pacjenci przynosili meble;
- 6) nieprawidłowości w dokumentacji medycznej w zakresie:
- a) sposobu dokumentowania faktu wyrażenia zgody na przyjęcie do szpitala oraz okoliczności wyrażenia tej zgody,
 - b) dokumentowania zastosowanego wobec pacjenta środka przymusu bezpośredniego,
 - c) nierzetelne prowadzenie wpisów w dokumentacji medycznej.

2. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

W wyniku przeprowadzonych działań stwierdzono, iż w ww. podmiocie leczniczym, doszło do naruszenia następujących praw pacjenta:

- 1) do świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 8 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*;
- 2) do informacji o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ww. *ustawy*;
- 3) do poszanowania intymności i godności, o którym mowa w art. 20 ust. 1 ww. *ustawy*.

3. Sformułowane zalecenia

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

- 1) dostosowanie pomieszczeń do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w *sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*;
- 2) podjęcie działań w zakresie zmian zapisów w Statucie mogących świadczyć o umownej rejonizacji;
- 3) odstąpienie od angażowania pacjentów do prac porządkowych (mycia sanitariatów, wyrzucania śmieci, zmiany pościeli);
- 4) przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 5) umieszczenie w miejscu ogólnodostępnym pełnych informacji o prawach pacjenta oraz danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta; usunięcie informacji nieaktualnych;

- 6) zorganizowanie dla kadry zarządzającej oraz pozostałego personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*;
- 7) zaangażowanie pracowników socjalnego w realizację spraw pacjentów dotyczących ich sytuacji socjalnej.

4. Wyniki podjętych działań

- 1) Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował, że w związku z nieprawidłowościami wskazanymi w protokole ze zbadania sprawy na miejscu, podjęto decyzję o przeprowadzeniu kontroli w Pododdziale Leczenia Zespołów Abstynencyjnych ww. podmiotu leczniczego;
- 2) Dyrektor Szpitala odniósł się do wskazanych w protokole nieprawidłowości oraz poinformował o podjętych działaniach naprawczych tj.:
 - a) przeprowadzono lub zaplanowano stosowne szkolenia dla personelu Szpitala;
 - b) usunięto z tablic ogłoszeniowych wszelkie niedatowane, niepodpisane i sprzeczne z obowiązującymi przepisami komunikaty oraz nieaktualne informacje;
 - c) wydano instrukcję stosowania przymusu bezpośredniego;
- 3) Starosta Nowotarski poinformował, iż jako organ założycielski ww. podmiotu leczniczego, w całości podtrzymuje stanowisko Dyrektora Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II w Nowym Targu.

XII. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Parczewie (woj. lubelskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 19 września 2012 r. w Oddziale Psychiatrycznym z Pododdziałem Leczenia Uzależnień w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Parczewie.

1. Stwierdzone nieprawidłowości

Na podstawie przeprowadzonych na miejscu działań stwierdzono następujące nieprawidłowości:

- 1) w Statucie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Parczewie, w rozdziale I § 7 wskazano rejon obejmujący wyodrębnione obszary działania Szpitala;
- 2) na tablicy ogłoszeń nie wyeksponowano w pełni aktualnych informacji dotyczących: danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta, praw pacjenta oraz informacji o trybie składania skarg i wniosków;
- 3) brak opracowanych planów i programów terapeutycznych;

- 4) pacjenci wyrażali niezadowolenie z wyżywienia oferowanego przez Szpital. Posiłki o złej jakości, tj. zaniżonej gramaturze, nieurozmaicone;
 - 5) w wyniku analizy losowo wybranej dokumentacji medycznej stwierdzono następujące nieprawidłowości:
 - a) zawiadomienia dotyczące powiadomienia kierownika podmiotu leczniczego o zastosowaniu przymusu bezpośredniego są niezgodne z załącznikiem nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego;
 - b) kartach zastosowania unieruchomienia lub izolacji niezgodna z załącznikiem nr 5 do ww. rozporządzenia oraz § 17 ust. 3 ww. rozporządzenia (brak rubryki do odnotowania osób wykonujących unieruchomienie lub izolację);
 - c) w historii choroby dokonane skreślenia nie są opatrzone adnotacją wymaganą w § 4 ust. 3 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;
 - 6) w strukturze oddziału nie wyodrębniono: odcinka obserwacyjno-diagnostycznego oraz pokoju obserwacyjnego;
 - 7) zbyt duże zagęszczenie chorych w salach uniemożliwia dostęp do łóżek pacjentów z trzech stron;
 - 8) meble będące na wyposażeniu sal chorych zniszczone, z widocznymi szczelinami (krzesła, stoliki, szafki przyłóżkowe z ubytkami farby i drewna). Łóżka wyeksploatowane (zapadają się), pościel zużyta, porwana;
 - 9) zły stan sanitarno-techniczny pomieszczeń Oddziału:
 - a) ściany zabrudzone, z ubytkami tynku, w tym odpadającą farbą;
 - b) stolarka okienna, drzewiowa z ubytkami;
 - c) brudne, zniszczone podłogi;
 - d) ubytki w glazurze;
- w pomieszczeniach sanitarno-higienicznych:
- e) brak dozowników ze środkiem dezynfekcyjnym oraz brak pojemników na ręczniki jednorazowego użycia;
 - f) nienależyty stan techniczny pomieszczeń tj. popękana glazura, zniszczona instalacja prysznicowa, zagrzybiony brodzik prysznicowy, zniszczona podłoga, ściany brudne;
 - g) bardzo intensywny i nieprzyjemny zapach;

- h) brak rolet, brak zmatowień w oknach, które zapewniłyby realizację prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności.

2. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

W wyniku przeprowadzonych działań stwierdzono, iż w ww. podmiocie leczniczym, doszło do naruszenia następujących praw pacjenta:

- 1) do świadczeń, o którym mowa w art. 8 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*;
- 2) do informacji o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ww. *ustawy*;
- 3) do poszanowania intymności i godności, o którym mowa w art. 20 ust. 1 ww. *ustawy*.

3. Sformułowane zalecenia

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

- 1) dostosowanie pomieszczeń do wymagań rozporządzenia Minister Zdrowia *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*;
- 2) przeszkolenie personelu w zakresie obowiązujących procedur higieniczno-sanitarnych oraz BHP;
- 3) zaangażowanie personelu w organizację planu dnia pacjentów, w tym opracowanie i wdrożenie planów i programów terapeutycznych dla pacjentów;
- 4) podjęcie działań w zakresie poprawy jakości żywienia;
- 5) podjęcie działań w zakresie zmian zapisów w *Statucie* mogących świadczyć o umownej rejonizacji;
- 6) przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 7) zorganizowanie dla kadry zarządzającej oraz pozostałego personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*;
- 8) umieszczenie w miejscu ogólnodostępnym informacji o prawach pacjenta oraz danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta;
- 9) umieszczenie w oknach pomieszczeń sanitarno-higienicznych rolet lub zmatowień, które zapewniłyby realizację prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych.

4. Wyniki podjętych działań

- 1) Wojewódzki Inspektor Nadzoru Budowlanego poinformował, że protokół Rzecznika Praw Pacjenta ze zbadania sprawy na miejscu został przekazany zgodnie z właściwością do Powiatowego Inspektora Nadzoru Budowlanego w Parczewie, celem załatwienia sprawy zgodnie z kompetencjami. Rzecznik Praw Pacjenta oczekuje na informację o wyniku działań podjętych przez Powiatowy Inspektorat Nadzoru Budowlanego;
- 2) Dyrektor ww. podmiotu leczniczego odniósł się do nieprawidłowości wskazanych w protokole ze zbadania sprawy na miejscu oraz poinformował że:
 - a) na terenie Oddziału Psychiatrycznego znajdują się trzy sale obserwacyjne, przeznaczone dla pacjentów wymagających stałego nadzoru lekarsko-pielęgniarskiego;
 - b) dostosowanie pomieszczeń do wymagań rozporządzenia Minister Zdrowia *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* realizowane jest zgodnie z opracowanymi przez szpital programami, które zostały zaopiniowane przez Lubelski Państwowy Wojewódzki Inspektorat Sanitarny;
 - c) pomieszczenia sanitarno-higieniczne zostały wyposażone w dozowniki z mydłem w płynie oraz pojemniki na ręczniki jednorazowego użycia oraz pojemniki na zużyte ręczniki;
 - d) personel szpitala uczestniczył w szkoleniach z zakresu procedur higienicznych oraz procedur BHP w 2012 r. Kolejne szkolenia dla personelu w zakresie procedur higienicznych zaplanowano na 2013 r.;
 - e) powołano zespół rehabilitacyjny, który opracował i wdrożył tygodniowy rozkład zajęć dla pacjentów Oddziału Psychiatrycznego, jak również program zajęć terapeutycznych dostosowany do stanu psychofizycznego pacjentów oraz zalecono prowadzenie dokumentacji w postaci książki raportów terapeutycznych;
 - f) przeprowadzono szkolenie dla personelu medycznego w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - g) przeprowadzono szkolenie dla kadry zarządzającej oraz pozostałego personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*;
 - h) uaktualniono i uzupełniono informacje udostępnione na tablicach ogłoszeń;
 - i) dokonano częściowego zmatowienia okien;
- 3) Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadził kontrolę realizacji umowy w ww. Zakładzie, w wyniku których stwierdzono uchybienie w zakresie rzetelności działania Zakładu, tj.: Świadczeniodawca nie opracował programów terapeutycznych dla poszczególnych zaburzeń oraz indywidualnych programów dla pacjentów oraz brak

indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej zrealizowanych programów terapeutycznych. Tym samym nałożono na Świadczeniodawcę karę finansową oraz zostały przedstawione zalecenia pokontrolne.

XIII. Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych „Dziekanka” im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie (woj. wielkopolskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 14 września 2012 r. w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych „Dziekanka” im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie. Przedmiotem ustaleń była również weryfikacja działań podjętych przez ww. podmiot leczniczy w zakresie wdrożenia zaleceń pokontrolnych zawartych w *Protokole kontroli doraźnej* z dnia 28 listopada 2011 r.

1. Przeprowadzone ustalenia

Dyrekcja – w ramach opracowanego „Strategicznego zintegrowanego planu jakościowego na lata 2010-2012” – realizuje zadania mające na celu poprawę warunków udzielania świadczeń zdrowotnych w kontekście realizacji praw pacjenta. Tym samym zgodnie z ww. *planem* prowadzone są inwestycje poprawiające infrastrukturę Szpitala.

W 2012 r. – w ramach „Wieloletniego Planu Inwestycyjnego”, finansowanego ze środków Urzędu Marszałkowskiego – zrealizowano zadanie inwestycyjne polegające na modernizacji jednego z obiektów Szpitala. W obrębie jednego budynku powstały oddziały, takie jak: Oddział Leczenia Udarów, Oddział Geriatryczny, Oddział Psychogeriatryczny, Oddział Neurologiczny oraz Oddział Psychosomatyczny z Pododdziałem Reumatologii. W wyremontowanym budynku oprócz wskazanych oddziałów mieszczą się również pracownie diagnostyczne. Z relacji personelu, realizacja tego przedsięwzięcia umożliwi pacjentom skorzystanie ze specjalistycznych usług, w tym kompleksowej diagnostyki.

Ponadto, w ramach wdrożonego systemu zarządzania jakością zgodnego z Normą PN-EN ISO 9001:2008 w szpitalu monitorowana jest satysfakcja pacjenta z jakości udzielania świadczeń zdrowotnych. W wyniku analizy badania ankietowego (w tym rozpatrywania wniosków/skarg) podejmowane są działania naprawcze, eliminujące nieprawidłowości w funkcjonowaniu szpitala. Wskazano, iż w wyniku współpracy z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego pełniącym funkcję na terenie tutejszego szpitala podejmowane są działania, które pozwalają na pełną realizację praw pacjentów.

Według harmonogramów szkoleń (zewnętrznych i wewnętrznych) kadra medyczna uczestniczy w doskonaleniu zawodowym. Do obowiązków kadry kierowniczej należy ocena pracowników pod względem wykorzystania zdobytej wiedzy i umiejętności w praktyce zawodowej w kontekście jakości udzielania świadczeń zdrowotnych.

W wyniku przeprowadzonych działań należy stwierdzić, iż Dyrekcja Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych „Dziekanka” im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie podjęła

stosowne działania w zakresie poprawy warunków udzielania świadczeń zdrowotnych w kontekście realizacji praw pacjenta.

2. Stwierdzone nieprawidłowości

Na podstawie przeprowadzonych na miejscu czynności stwierdzono:

Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży

- 1) stan techniczny łóżek i szafek przyłóżkowych, tj. odpryski farby, skorodowane miejsca, wymaga naprawy;
- 2) na Oddziale wydzielono pokój obserwacyjny (dwuosobowy) z dostępem do pomieszczenia sanitarno-higienicznego. Niemniej, pomieszczenie to nie spełnia wymagań określonych w przepisach rozporządzenia w *sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*;

Oddział Psychiatryczny dla Dorosłych (IX)

- 1) brak pomieszczenia terapeutyczno-rehabilitacyjnego;
- 2) wyposażenie w materiały terapeutyczne i pomoce edukacyjne jest niewystarczające.

3. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

W wyniku przeprowadzonych działań stwierdzono, iż w ww. podmiocie leczniczym, doszło do naruszenia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 8 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

4. Sformułowane zalecenia

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do Świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

- 1) dostosowanie pomieszczeń do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej*, w poniżej wskazanym zakresie:
 - a) zapewnienia sprzętu gwarantującego ich użyteczność (szafek, łóżek),
 - b) zorganizowania pomieszczenia terapeutyczno-rehabilitacyjnego (pracowni terapii zajęciowej),
 - c) doposażenia pracowni terapii zajęciowej w materiały (pomoce edukacyjne),
 - d) wydzielenie części obserwacyjno–diagnostycznej (w tym zorganizowanie izolatki) na Oddziałach Psychiatrycznych;

- 2) zorganizowanie dla Kadry zarządzającej oraz pozostałego personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*.

5. Wyniki podjętych działań

- 1) Dyrektor Szpitala poinformował o podjętych działaniach naprawczych, tj.:
 - a) łóżka i stoliki zostały odmalowane i będą sukcesywnie wymieniane, w miarę posiadanych środków finansowych,
 - b) wydzielono pomieszczenie terapeutyczno-rehabilitacyjne,
 - c) pracownie terapii zajęciowej są doposażone w miarę posiadanych środków finansowych,
 - d) przeprowadzenie stosownych szkoleń dla personelu medycznego zostały zaplanowane na 2013 r.;
- 2) Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował, iż w związku treścią protokołu ze zbadania sprawy na miejscu nie stwierdzono potrzeby przeprowadzenia kontroli w ww. podmiocie leczniczym. Niemniej, wskazano, że od końca 2009 r. cyklicznie organizowane są spotkania szkoleniowe dla osób pełniących funkcję pełnomocników ds. praw pacjenta w wielkopolskich szpitalach, w którym uczestniczy również pracownik Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych „Dziekanka” w Gnieźnie.

XIV. Szpital Kliniczny im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (woj. wielkopolskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 13 września 2012 r. w Oddziale Psychiatrycznym w Szpitalu Klinicznym im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

1. Stwierdzone nieprawidłowości

Na podstawie przeprowadzonych na miejscu działań stwierdzono:

Izba Przyjęć:

- 1) zainstalowanie kamer telewizji przemysłowej (monitoringu) w pomieszczeniach przeznaczonych do badania pacjenta przy przyjęciu do szpitala;
- 2) podczas weryfikacji księgi przyjęć i odmów, stwierdzono, że zakres danych umieszczanych w ww. dokumencie nie odpowiada wymaganiom określonym w przepisach § 27 ust. 1 – 3 rozporządzenia *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*;

Oddział Psychiatryczny B (męski):

- 1) w ramach struktury Oddziału funkcjonuje część obserwacyjna (zwana: odcinkiem wstępnym), w której pacjenci mają zakaz noszenia odzieży prywatnej;
- 2) w wyniku rozmów z pacjentami uzyskano informacje odnośnie ograniczonej możliwości korzystania z łazienki, która jest zamykana na klucz. Mimo że personel na życzenie pacjenta otwiera ww. pomieszczenie, to jednak – jak podniosło kilku pacjentów – fakt zwracania się do personelu w ww. sprawie jest dla nich krępujący;
- 3) pacjenci nie mają dostatecznie wypełnionego wolnego czasu, szczególnie w godzinach popołudniowych oraz w dni świąteczne, wolne od pracy;
- 4) na tablicy ogłoszeń wyeksponowano informację, że „pobyty członków rodzin na odcinku wstępnym jest możliwy jedynie w wyjątkowych przypadkach, za zgodą lekarza leczącego”.

2. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

W wyniku przeprowadzonych działań stwierdzono, iż w ww. podmiocie leczniczym, doszło do naruszenia następujących praw pacjenta:

- 1) do poszanowania intymności i godności, o którym mowa w art. 20 ust. 1 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*;
- 2) do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, o którym mowa w art. 33 ww. *ustawy*.

3. Sformułowane zalecenia

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do Świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

- 1) umożliwienie pacjentom korzystania z odzieży prywatnej;
- 2) zaangażowanie personelu w organizację planu dnia pacjentów;
- 3) odstąpienie od monitorowania pacjenta podczas badania lekarskiego;
- 4) umożliwienie osobom bliskim odwiedzin na terenie Oddziału;
- 5) umożliwienie pacjentom korzystania z łazienki przez całą dobę;
- 6) usunięcie z tablicy informacyjnej wszelkich ogłoszeń, komunikatów niedatowanych, niepodpisanych, sprzecznych z obowiązującymi przepisami prawa;
- 7) przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 8) zorganizowanie dla kadry zarządzającej oraz pozostałego personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

4. Wyniki podjętych działań

- 1) Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii zwrócił się do Kierownika Kliniki Psychiatrii ww. podmiotu leczniczego, z prośbą o informację dotyczącą sposobu załatwienia zaleceń wskazanych w protokole ze zbadania sprawy na miejscu;
- 2) Dyrektor ww. podmiotu leczniczego odniósł się do treści protokołu ze zbadania sprawy na miejscu, oraz poinformował, że:
 - a) ograniczenie przebywania członków rodziny na odcinku wstępnym (zamkniętym) spowodowane jest troską o ich bezpieczeństwo, ponieważ na tym odcinku znajdują się pacjenci z objawami psychotycznymi,
 - b) pacjenci mają nieograniczony dostęp do łazienek, z wyjątkiem pomieszczenia na odcinku wstępnym, w którym znajduje się prysznic – z uwagi na bezpieczeństwo pacjentów z objawami psychotycznymi. Pacjent, jeżeli zgłosi taką chęć, ma jednak możliwość skorzystania z kąpieli również poza wyznaczonymi godzinami, zaś do tej pory pacjenci tego odcinka nie zgłaszali zastrzeżeń w tej kwestii,
 - c) w Izbie Przyjęć wyłącznie odcinek obejmujący kozetki, gdzie wykonuje się badanie stanu somatycznego pacjenta, z obszaru objętego monitoringiem,
 - d) uaktualniono i uzupełniono informacje udostępnione na tablicach ogłoszeń,
 - e) zaplanowano stosowne szkolenia dla personelu szpitala.
- 3) Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Psychiatrii poinformował, iż wspólnie z Dyrekcją ww. podmiotu leczniczego zorganizuje szkolenie dla personelu medycznego i kadry zarządzającej szkolenie odnośnie praw pacjenta.

XV. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku (woj. śląskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniach 3–5 października 2012 r. w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku.

1. Stwierdzone nieprawidłowości

Na podstawie przeprowadzonych na miejscu działań stwierdzono:

- 1) stosowanie zbiorowych środków dyscyplinujących – zbiorowej odpowiedzialności:
 - a) na tablicach informacyjnych w Oddziale XX znajdują się informacje o zakazie wyjść pacjentów na spacer z powodu palenia wyrobów nikotynowych na terenie Oddziału. Z relacji pacjentów oraz personelu wynika, iż stosowanie „kar wobec wszystkich pacjentów jest jedyną metodą wyegzekwowania obowiązującego zakazu palenia

- papierosów”. Ponadto, pacjenci w ramach ww. kar mają ograniczoną możliwość korzystania z mediów (komputer, radio, telewizor),
- b) na Oddziale III zastosowano wobec wszystkich pacjentów zakaz wychodzenia na spacer (w tym do sklepu znajdującego się na terenie szpitala) przez okres jednego miesiąca za samowolne oddalenie się dwóch pacjentów ze szpitala;
- 2) stosowanie zastraszania, jako środka dyscyplinującego/wychowawczego (Oddziały XX i III);
- 3) pacjenci Oddziału III i VIIa, podnieśli, iż „niemile widziane są przez lekarzy sytuacje, gdy pacjent rozmawia z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego”. Ponadto wskazali, iż „na zebraniu społeczności ordynator poinformował pacjentów o możliwości skorzystania z ich prawa do odmowy kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w tym wyproszenia Rzecznika z sali”. Jeden z pacjentów podniósł, iż „unikają kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego ponieważ boją się konsekwencji”. Wskazana praktyka może nosić znamiona manipulacji oraz wzbudzać u pacjentów niechęć i uprzedzenie do osoby Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego;
- 4) ograniczony kontakt pacjenta z lekarzem (Oddział XX):
- a) pacjenci podnieśli, iż dostęp do lekarza jest możliwy, ale po uprzednim zapisaniu się u pielęgniarki. Powyższe jest spowodowane tym, że gabinety lekarskie są usytuowane w odrębnej części budynku – niedostępnej dla pacjentów. Dwóch pacjentów wskazało, iż indywidualny kontakt z lekarzem mieli w odstępach czasowych – co pół roku – wtedy, gdy była sporządzana przez biegłego opinia sądowo-psychiatryczna,
- b) w godzinach popołudniowych oraz w dni wolne od pracy nie ma lekarzy na oddziale;
- 5) uboga oferta programowa w zakresie prowadzonych zajęć w ramach terapii zajęciowej, w tym brak opracowanych indywidualnych programów terapeutycznych, brak rozkładów dnia (Oddziały XX i III);
- 6) pacjenci podnosili temat doskwierającej im nudy i beczynności oraz ubogiej oferty zajęć;
- 7) zakaz/ograniczenie w kontaktach dzieci poniżej 14. roku życia z osobami hospitalizowanymi na Oddziale VIIa;
- 8) niewłaściwy sposób podawania posiłków pacjentom (Oddział III). Podczas czynności sprawdzających pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta zwrócili uwagę, na sposób wydawania pacjentom posiłków. Pacjenci spożywając kolację nie mieli do dyspozycji talerzy. Z pojemnika (w którym znajdowały się zanurzone w gorącej wodzie parówki), każdy z pacjentów sięgał po swoją porcję. Wskazane danie kładziono na stołach przykrytych ceratą;

- 9) zastrzeżenie do jakości podawanych posiłków, tj. brak owoców i jarzyn (pacjenci Oddziałów: III, VIIa, XX oraz pacjenci zakładu opiekuńczo-leczniczego V);
- 10) brak systemu motywacyjnego (nagradzania za aktywne uczestnictwo w zajęciach oraz niewystarczające doposażenia pracowni terapii zajęciowej w materiały (w tym pomoce edukacyjne);
- 11) nakaz kąpiel, wg obowiązującego „planu kąpiel” (Oddział XX). Na tablicy ogłoszeń wyeksponowano „plan kąpiel pacjentów”. W wyznaczone dni pacjenci z danej sali mają obowiązek poddawania się czynnościom higienicznym;
- 12) na Oddziale XX pacjenci mają ograniczoną możliwość korzystania z łazienki;
- 13) niedostosowanie pomieszczeń oddziałów do wymagań określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Oddziały III, VIIa, XX oraz zakład opiekuńczo-leczniczy V);
- 14) zbyt duże zagęszczenie chorych w salach uniemożliwia dostęp do łóżek pacjentów z trzech stron;
- 15) łóżka są ustawione w salach w sposób uniemożliwiający ich wyprowadzenie bez konieczności przesuwania łóżek sąsiednich, a niekiedy nawet mebli znajdujących się w salach. W zakładzie opiekuńczo- leczniczym V w sali nr 1 usytuowano 16 łóżek;
- 16) nieprawidłowości w sposobie prowadzenia dokumentacji medycznej w zakresie:
 - a) stosowania środka przymusu bezpośredniego. W wyniku zweryfikowanej karty zastosowania unieruchomienia lub izolacji nie stwierdzono nieprawidłowości w ich prowadzeniu,
 - b) prowadzenia obserwacji stanu zdrowia pacjentów. W indywidualnych kartach zleceń lekarskich stwierdzono nierzetelność w sposobie dokumentowania potwierdzenia wykonania zlecenia lekarskiego,
 - c) wpisy dotyczące obserwacji stanu zdrowia pacjenta w historii choroby dokonywano 1 – 2 razy w miesiącu. Ponadto, stwierdzono rozbieżności pomiędzy zleceniami w karcie zleceń lekarskich, a wpisami w historii choroby w zakresie ordynowanych produktów leczniczych,
 - d) w przekazanej dokumentacji pacjentów hospitalizowanych w Oddziałach Psychiatrii Sądowej brakowało załączników, takich jak: postanowienia sądu, opinii sądowno-psychiatrycznych oraz wyników konsultacji;
- 17) zły stan sanitarno-techniczny pomieszczeń oddziałów:
 - a) ściany z ubytkami tynku, w tym odpadającą farbą,

- b) stolarka okienna, drzwiowa z ubytkami,
 - c) wyeksploatowana wykładzina podłogowa z poodklejanymi listwami przypodłogowymi lub ich brakiem,
 - d) grzejniki z widoczną korozją,
 - e) ubytki i pęknięcia glazury w pomieszczeniach sanitarno-higienicznych;
 - f) silikonowe uszczelnienia armatury sanitarnej oraz fugi między kafelkami z widoczną pleśnią;
- 18) w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych
- a) brak dozowników z mydłem w płynie oraz pojemników z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemników na zużyte ręczniki (§ 12 ust. 1 pkt 7 ww. rozporządzenia),
 - b) nieprawidłowe warunki sanitarne w łazience (w tym zniszczona instalacja prysznicowa, brak mat przeciwpoślizgowych, zabrudzona podłoga, bardzo intensywny i nieprzyjemny zapach);
- 19) meble będące na wyposażeniu sal chorych zniszczone, z widocznymi szczelinami (krzesła, fotele, stoliki, łóżka, szafki przyłóżkowe z ubytkami farby i drewna). Materace wyeksploatowane (z ubytkami, plamami) nie zabezpieczone pokrowcami. Pościel zużyta, wymieniana na życzenie pacjenta oraz w razie konieczności;
- 20) na Oddziałach (III, XX, VIIa) nie wydzielono odcinków obserwacyjno-diagnostycznych lub pokoi obserwacyjnych;
- 21) na Oddziale III gabinet zabiegowy nie spełnia wymagań określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*, w następującym zakresie:
- a) zbyt mała powierzchnia ww. pomieszczenia uniemożliwia prawidłowe rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiących jego niezbędne funkcjonalne wyposażenie,
 - b) stan techniczny wskazanego gabinetu uniemożliwia utrzymanie aseptyki;
- 22) W trakcie oględzin pomieszczeń Izby Przyjęć zwrócono uwagę na komunikat, cyt.: „(...) w przypadku posługiwania się kartą ubezpieczenia zdrowotnego lub innym dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przez osobę, która utraciła to prawo w okresie ważności karty ubezpieczenia lub dokumentu, osoba ta jest obowiązana do zwrotu poniesionych przez Fundusz kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych po utracie prawa do tych świadczeń”. Przedmiotowa informacja wskazuje na naruszenie przepisów art. 10 ust. 1 ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*. Zgodnie z brzmieniem przywołanego artykułu, za świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki

zdrowotnej udzielane osobom z zaburzeniami psychicznymi (chorym psychicznie lub upośledzonym umysłowo) przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 132 ust. 1 ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, nie pobiera się od tej osoby opłat. Świadczenia gwarantowane w świetle § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieka psychiatryczna oraz leczenie uzależnień* realizowane w warunkach stacjonarnych z zakresu opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień obejmują swym zakresem niezbędne badania diagnostyczne, dostęp do konsultacji specjalistycznych, świadczenia dotyczące profilaktyki, leczenia, pielęgnacji, rehabilitacji, leki, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze, świadczenia terapeutyczne oraz działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin.

2. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

W wyniku przeprowadzonych działań stwierdzono, iż w ww. podmiocie leczniczym, doszło do naruszenia następujących praw pacjenta:

- 1) do świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 8 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*;
- 2) do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 20 ust. 1 ww. *ustawy*;
- 3) do informacji o swoim stanie zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ww. *ustawy*;
- 4) do dokumentacji medycznej, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ww. *ustawy*;
- 5) do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, o którym mowa w art. 33 ust. 1 ww. *ustawy*.

3. Sformułowane zalecenia

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do Świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

- 1) dostosowanie pomieszczeń do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*;
- 2) wyeliminowanie praktyk związanych ze stosowaniem odpowiedzialności zbiorowej i metod zastraszania;
- 3) zaangażowanie personelu w organizację planu dnia pacjentów, w tym opracowanie i wdrożenie planu zajęć terapeutycznych dla pacjentów;
- 4) umożliwienie pacjentom korzystania ze spacerów;

- 5) umożliwienie osobom bliskim odwiedzin na terenie Oddziału, w tym osobom poniżej 14. roku życia;
- 6) usunięcie z tablic informacyjnych wszelkich ogłoszeń, komunikatów niedatowanych, niepodpisanych, sprzecznych z obowiązującym prawem;
- 7) podjęcie działań w zakresie poprawy jakości żywienia (w tym sposobu podawania posiłków);
- 8) zapewnienie właściwej opieki lekarskiej pacjentom;
- 9) przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 10) zorganizowanie dla Kadry zarządzającej oraz pozostałego personelu medycznego szkolenia z zakresu etyki zawodowej;
- 11) zorganizowanie dla Kadry zarządzającej oraz pozostałego personelu medycznego szkolenia z zakresu przepisów ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*.

4. Wyniki podjętych działań

- 1) Konsultant Krajowy w Dziedzinie Psychiatrii odniósł się do zakresu nieprawidłowości wskazanych w protokole ze badania sprawy na miejscu oraz zwrócił się do Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii o weryfikację wskazanych w protokole ustaleń, w szczególności w zakresie dotyczącym stosowania oceny właściwości sprawowanej opieki lekarskiej, zbiorowych środków dyscyplinujących, zastraszania pacjentów, ograniczenia pacjentom kontaktu z lekarzem oraz kontaktu z osobami bliskim;
- 2) Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Psychiatrii poinformował o wynikach przeprowadzonej wizytacji oraz odniósł się do zakresu nieprawidłowości wskazanych w protokole ze badania sprawy na miejscu. W wyniku przeprowadzonych działań, Konsultant wskazał, że:
 - a) nie potwierdzono stosowania zbiorowych środków dyscyplinujących wobec pacjentów,
 - b) nie udało się zweryfikować nieprawidłowości w przedmiocie zastosowania zastraszania jako środka dyscyplinującego wobec pacjentów,
 - c) nie potwierdzono nieprawidłowości w przedmiocie ograniczania pacjentom kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego,
 - d) nie potwierdzono nieprawidłowości w zakresie ograniczania pacjentom kontaktu z lekarzami,
 - e) odnośnie do nieprawidłowości w zakresie ograniczenia pacjentom Oddziału VIIa kontaktów z osobami bliskimi wskazano, że trudności wynikają z warunków organizacyjnych – architektura Oddziału stwarza trudności w wydzieleniu pomieszczenia

- przeznaczonego do spotkań z osobami bliskimi (w tym dziećmi poniżej 14. roku życia). Wspólnie z personelem ustalono, że do tego celu zostanie przeznaczone pomieszczenie socjalne,
- f) potwierdzono nieprawidłowość w przedmiocie sposobu podawania pacjentom posiłków (wskazano jednocześnie, że praktyka ta została aktualnie zaniechana),
 - g) odnośnie do nieprawidłowości w sposobie prowadzenia dokumentacji medycznej, ustalono, że w historiach choroby wpisy lekarzy były umieszczane mniej więcej co 10 dni. Zalecono, by wpisy te były prowadzone nie rzadziej niż co 7 dni,
 - h) odnośnie do nieprawidłowości w przedmiocie nakazu kąpeli wg obowiązującego planu dla pacjentów Oddziału XX ustalono, że nie dotyczy to wszystkich pacjentów tego Oddziału, a jedynie tych pacjentów, którzy w związku z wykazywanymi zaburzeniami psychicznymi nie dbają o swoją higienę osobistą. Tym samym personel Oddziału sprawuje nadzór nad wykonywaniem przez nich czynności higienicznych,
 - i) odnośnie do nieprawidłowości w zakresie niedostosowania pomieszczeń do wymagań rozporządzenia *w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej* oraz rozporządzenia *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* zalecono utworzenie gabinetu zabiegowego w Oddziale III (jako priorytetowe działanie, które szpital powinien podjąć w trybie pilnym), oraz zalecono sukcesywnie usuwać uchybienia;
- 3) Marszałek Województwa Śląskiego przeprowadził kontrolę w ww. podmiocie leczniczym, w zakresie kompetencji organu założycielskiego, w wyniku której nie stwierdził nieprawidłowości w funkcjonowaniu szpitala;
- 4) Dyrektor szpitala odniósł się do zakresu nieprawidłowości wskazanych w protokole ze badania sprawy na miejscu oraz poinformował o podjętych działaniach naprawczych, tj.:
- a) szpital jest w trakcie opracowywania programu dostosowawczego pomieszczeń obiektu do wymagań określonych w aktach wykonawczych do ustawy *o działalności leczniczej*. Dyrekcja Szpitala wielokrotnie występowała również do organów nadrzędnych o wsparcie finansowe inwestycji mających na celu modernizację pomieszczeń budynku szpitala,
 - b) personel pielęgniarski we wszystkich oddziałach zobligowany jest do prowadzenia z pacjentami zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Aktualnie zostały opracowane przez kierowniczą kadrę pielęgniarską programy rehabilitacji psychiatrycznej dla pielęgniarek/rzy pracujących w poszczególnych oddziałach oraz zakładzie opiekuńczo-leczniczym psychiatrycznym,
 - c) szpital zobowiązał się dołożyć wszelkich starań, celem urozmaicenia oferty terapeutycznej, w zakresie posiadanych środków, którego mogą być przeznaczone na ten cel,

- d) szpital zobowiązał się dołożyć wszelkich starań, celem zwiększenia częstotliwości spacerów,
 - e) uaktualniono i uzupełniono informacje udostępnione na tablicach ogłoszeń,
 - f) przeprowadzono lub zaplanowano stosowne szkolenia dla personelu szpitala;
- 5) Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował, że w związku z zakresem nieprawidłowości wskazanych w protokole ze zbadania sprawy na miejscu, podjęto decyzję o przeprowadzeniu kontroli w ww. podmiocie leczniczym, w wyniku której ustalono, że:
- a) budynki oddziałów nie są dostosowane dla osób niepełnosprawnych ruchowo (brak podjazdów, brak wind),
 - b) większość sal chorych nie posiada umywalek oraz dozowników z mydłem w płynie, pojemników z ręcznikami jednorazowego użycia oraz nie jest zapewniony dostęp do łóżek z trzech stron,
 - c) wymiar zatrudnienia lekarzy i psychologów nie odpowiada zapisom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (z późn. zm.) oraz zarządzenia 65/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 17 października w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (z późn. zm.),
 - d) harmonogram pracy w poszczególnych Oddziałach nie są spójne z harmonogramem przedstawionym przez Szpital,
 - e) świadczenia z zakresu psychoterapii grupowej nie stanowią połowy oddziaływań terapeutycznych,
 - f) praca psychologów dokumentowana jest jedynie sporadycznymi wpisami dokumentację medyczną,
 - g) w sposobie prowadzenia dokumentacji medycznej występują nieprawidłowości;
- 6) Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Rybniku poinformował, iż Szpital podjął działania mające na celu usunięcie usterek technicznych mających doprowadzić obiekt do stanu zadowalającego, które zostały zainicjowane w związku z prowadzonym postępowaniem administracyjnym wobec ww. podmiotu. Jednocześnie wskazano, że:
- a) budynki szpitala są obiektami ponad 100-letnimi, co jest powodem występowania ciągłych usterek technicznych, pomimo podejmowania działań celem ich likwidacji,
 - b) wydano decyzję, w której nakazano m.in.:
 - zlikwidowanie przyczyny powstawania zagrzybienia na ścianach i sufitach w łazienkach dla pacjentów,

- odmalować ściany i sufity wszystkich pomieszczeń Oddziałów,
- wymienić zniszczoną wykładzinę podłogową,
- odmalować brudne, zakurzone ściany i sufity we wszystkich pomieszczeniach;
- urozmaicić i poprawić jadłospis,
- opracować program dostosowania programu dostosowawczego pomieszczeń obiektu do wymagań określonych w aktach wykonawczych do ustawy *o działalności leczniczej*.

Sprawy zbadane na miejscu w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze dla dzieci i młodzieży w ramach opieki długoterminowej oraz w zakładach opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży

I. Szpital Mazowiecki – Oddział Terapii Całościowych Zaburzeń Rozwojowych w Garwolinie (woj. mazowieckie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 24 września 2012 r. w Szpitalu Mazowieckim w Garwolinie Sp. z.o.o. – Oddział Terapii Całościowych Zaburzeń Rozwojowych.

1. Przeprowadzone ustalenia

Na podstawie przeprowadzonych na miejscu czynności stwierdzono wystąpienie następujących nieprawidłowości:

- 1) niektóre pomieszczenia oddziału wymagają remontu:
 - a) ściany z ubytkami tynku, w tym odpadającą farbą,
 - b) stolarka okienna, drzwiowa z ubytkami,
 - c) wyeksploatowana wykładzina podłogowa,
 - d) grzejniki z widoczną korozją,
 - e) ubytki i pęknięcia glazury w pomieszczeniach sanitarno-higienicznych.
- 2) brak dostępu do łóżek pacjentów z trzech stron;
- 3) brak opracowanych indywidualnych programów zajęć rehabilitacyjnych.

Prezes Szpitala Mazowieckiego w Garwolinie Sp. z o.o. poinformowała, iż w miarę pozyskiwania środków finansowych, przeprowadzane są remonty pomieszczeń ww. podmiotu leczniczego, co było zauważalne w dniu zbadania sprawy na miejscu. Odnośnie ww. oddziału,

w pierwszej kolejności środki finansowe przeznaczane są na nowe wyposażenie tj. m.in. zakup nowych łóżek, szafek oraz pościeli.

W wyniku przeprowadzonych działań należy pozytywnie ocenić przestrzeganie praw pacjenta przez świadczeniodawcę. Incydentalne uchybienie polegało na braku opracowania indywidualnych programów zajęć rehabilitacyjnych – co stanowi naruszenie § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w *sprawie organizowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i nagradzania uczestników tych zajęć*.

2. Sformułowane zalecenia

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z zaleceniem opracowania indywidualnych programów zajęć rehabilitacyjnych, uwzględniających indywidualne problemy i deficyty pacjentów.

II. Zakład Leczniczo-Wychowawczy Zgromadzenia Sióstr Matki Bożej Miłosierdzia w Częstochowie (woj. śląskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 13 września 2012 r. w Zakładzie Leczniczo-Wychowawczy Zgromadzenia Sióstr Matki Bożej Miłosierdzia w Częstochowie.

1. Stwierdzone nieprawidłowości

Na podstawie przeprowadzonych na miejscu czynności stwierdzono wystąpienie następujących nieprawidłowości:

- 1) brak informacji o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 2) zbyt duże zagęszczenie pacjentów w salach (w jedna z sal łóżkowych przeznaczona jest dla 18 pacjentów);
- 3) personel nie posiada identyfikatorów.

2. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

W wyniku przeprowadzonych ustaleń stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji, o którym mowa w art. 11 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

3. Sformułowane zalecenia

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

- 1) umieszczenie w miejscu ogólnodostępnym informacji o prawach pacjenta i danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta;
- 2) wprowadzenie obowiązku noszenia identyfikatorów;

3) dostosowanie pomieszczeń do wymagań rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

III. Niepubliczny Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy „Z Ufnością w Trzecie Tysiąclecie” w Częstochowie (woj. śląskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 13 września 2012 r. w Niepublicznym Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym „Z Ufnością w Trzecie Tysiąclecie” w Częstochowie.

1. Przeprowadzone ustalenia

W wyniku przeprowadzonych czynności pozytywnie oceniono przestrzeganie praw pacjenta w Niepublicznym Zakładzie Pielęgniarsko-Opiekuńczym „Z Ufnością w Trzecie Tysiąclecie” w Częstochowie. Incydentalne uchybienie (brak aktualnej informacji o prawach pacjenta) nie ma wpływu na ogólną ocenę ww. świadczeniodawcy.

2. Sformułowane zalecenia

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z zaleceniem uaktualnienia informacji o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz danych teleadresowych organów i instytucji, które zobowiązane są do przyjmowania skarg i wniosków pacjentów oraz ich opiekunów.

IV. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy dla Dzieci z Zaburzeniami Psychicznymi Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim (woj. lubelskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 19 września 2012 r. w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym dla Dzieci z Zaburzeniami Psychicznymi Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim.

1. Stwierdzone nieprawidłowości

W wyniku przeprowadzonych czynności stwierdzono następujące nieprawidłowości:

- 1) terapeuta zajęciowy pracuje z dziećmi w godzinach od 11:00 do 14:35. Niezbędnym jest zapewnienie pełniejszej opieki ze strony terapeuty zajęciowego (tj. wydłużenie czasu jego pracy);
- 2) brak rozkładów zajęć prowadzonych w ciągu dnia/tygodnia oraz brak indywidualnych planów zajęć dla poszczególnych pacjentów;
- 3) spośród trzech pacjentów przebywających w Zakładzie, tylko jedno dziecko uczęszczało do szkoły. Obowiązek szkolny przez pozostałych pacjentów jest niewypełniany ze względu na brak

dokumentacji wymaganej do zgłoszenia dziecka do szkoły. Wobec tych dzieci nie jest prowadzone również nauczanie indywidualne;

4) brak procedury w zakresie nadzoru nad depozytem pacjenta;

5) nie jest prowadzona księga zabiegów;

6) w wyniku dokonanej analizy stosowanego druku przepustki w ww. zakładzie stwierdzono, iż jest on niezgodny ze wzorem formularza przepustki określonym w *Załączniku nr 1 do Zaleceń Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Psychiatrii z dnia 25 stycznia 2012 r. w sprawie udzielania przepustek na okresowe przebywanie pacjentów szpitala psychiatrycznego poza szpitalem*. Druk przepustki w Zakładzie określany jest jako karta urlopową nie zawiera wszelkich niezbędnych informacji wymaganych we wzorze opracowanym przez ww. Konsultanta, tj. nie uwzględnia nazwy leków, dawek i sposobu ich przyjmowania przez pacjenta będącego na przepustce. W stosowanej karcie urlopowej, którą opiekun pacjenta otrzymuje, nie ma miejsca na dokonanie adnotacji dotyczącej godziny początkowej udzielenia przepustki, jak również godziny jej zakończenia. Powyższe dane są odnotowane w zeszycie prowadzonym w zakładzie, nie stanowiącym dokumentacji medycznej;

7) świadczeniodawca nie wyeksponował na terenie placówki informacji o prawach pacjenta;

8) w wyniku weryfikacji indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta stwierdzono:

a) brak w karcie zleceń lekarskich wpisów osoby wykonującej zlecenie (autoryzacji);

b) brak pieczętki lekarza przyjmującego (widnieje jedynie podpis ww. lekarza) w historii choroby, w części dotyczącej wyniku badania lekarskiego przy przyjęciu do szpitala.

2. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

W wyniku przeprowadzonych działań stwierdzono, iż w ww. podmiocie leczniczym, doszło do naruszenia następujących praw pacjenta:

1) do informacji o prawach pacjenta, o którym mowa w art. 9 oraz w art. 11 ust. 1 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*;

2) do dokumentacji medycznej, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ww. *ustawy*;

3) do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie, o którym mowa w art. 39 ww. *ustawy*.

3. Sformułowane zalecenia

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

1) zamieszczenie na terenie zakładu informacji o prawach pacjenta oraz możliwości kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta;

- 2) opracowanie stosownej procedury postępowania z depozytem wartościowym pacjenta;
- 3) opracowanie i wdrożenie tygodniowego rozkładu zajęć oraz indywidualnego planu zajęć rehabilitacyjnych dla pacjenta;
- 4) zaangażowanie pracownika socjalnego w realizację obowiązku szkolnego przez dzieci;
- 5) wdrożenie wzoru formularza przepustki określonego w Załączniku nr 1 do Zaleceń Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Psychiatrii *w sprawie udzielania przepustek na okresowe przebywanie pacjentów szpitala psychiatrycznego poza szpitalem*;
- 6) przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego z zakresu prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem *w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*;
- 7) przeprowadzenie szkolenia dla personelu z zakresu przepisów ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego*.

4. Wyniki podjętych działań

Dyrektor zakładu poinformował o zrealizowaniu zaleceń wskazanych w protokole ze zbadania sprawy na miejscu tj.:

- 1) zaktualizowano i zamieszczono na terenie zakładu informację o prawach pacjenta oraz o możliwości kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta;
- 2) karta depozytowa jest wystawiana w dwóch egzemplarzach, wzmocniono również nadzór nad depozytem pieniężnym pacjentów oraz opracowywana jest procedura postępowania z depozytem wartościowym pacjenta;
- 3) na tablicy ogłoszeń został udostępniony tygodniowy plan zajęć oraz omówiony uprzednio z pacjentami podczas społeczności terapeutycznej regulamin zakładu;
- 4) opracowywane są indywidualne plany terapeutyczne dla pacjentów;
- 5) włączono pracownika socjalnego w pomoc w realizacji obowiązku szkolnego dzieci – utrzymuje on stały kontakt z opiekunami prawnymi pacjentów oraz pracownikami jednostek organizacyjnych pomocy społecznej;
- 6) zmieniono druki przepustek – zgodnie z zaleceniem;
- 7) przeprowadzono stosowne szkolenia dla personelu zakładu;
- 8) w ramach trwających prac remontowych zostały wymienione na nowe wszystkie okna w zakładzie;
- 9) wprowadzono zmiany w zakresie pracy terapeuty zajęciowego – aktualnie zajęcia są prowadzone przez trzech terapeutów, którzy pracują w systemie zmianowym;
- 10) na terenie zakładu została utworzona klasa zamiejscowa szkoły specjalnej.

V. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Opieki Paliatywno-Hospicyjnej dla Dzieci „Nadzieja” w Toruniu (woj. kujawsko-pomorskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 10 października 2012 r. w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Zakładzie Opieki Paliatywno-Hospicyjnej dla Dzieci „Nadzieja” w Toruniu.

1. Przeprowadzone ustalenia

W wyniku przeprowadzonych czynności pozytywnie z uchybieniami oceniono realizację praw pacjenta w ww. podmiocie leczniczym.

Stwierdzono, że świadczeniodawca nie wyeksponował na terenie placówki aktualnych informacji o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz informacji dotyczącej danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta.

2. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

Mając na uwadze przeprowadzone ustalenia stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji, o którym mowa w art. 11 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

3. Sformułowane zalecenia

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił z zaleceniem umieszczenia w miejscu ogólnodostępnym aktualnych informacji o prawach pacjenta oraz danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta. Ponadto, zalecano wprowadzenie obowiązku noszenia przez personel zakładu imiennych identyfikatorów.

VI. Zakład Opiekuńczo-Lecniczy dla Dzieci prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Św. Józefa w Wierzbicach Wrocławskich (woj. dolnośląskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 5 października 2012 r. w Zakładzie Opiekuńczo-Lecniczym dla Dzieci prowadzonym przez Zgromadzenie Sióstr Św. Józefa w Wierzbicach Wrocławskich.

1. Przeprowadzone ustalenia

W wyniku przeprowadzonych ustaleń pozytywnie z uchybieniami oceniono przestrzeganie praw pacjenta przez świadczeniodawcę. Incydentalne uchybienia to:

- 1) brak informacji o prawach pacjenta i informacji dotyczącej danych teleadresowych Biura Rzecznika Praw Pacjenta;
- 2) personel nie nosi identyfikatorów;

- 3) dane niezbędne do identyfikacji pacjentów, tj. imię, nazwisko, data urodzenia zostały umieszczone w widocznym miejscu – na drzwiach pokoi pacjentów.

2. Sformułowane zalecenia

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

- 1) wprowadzenie obowiązku noszenia przez personel zakładu imiennych identyfikatorów.
- 2) umieszczenie w miejscu ogólnodostępnym informacji o prawach pacjenta oraz danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta.
- 3) dostosowanie znaków identyfikacyjnych pacjentów do wymogów ustawy o *działalności leczniczej*.

3. Wyniki podjętych działań

Dyrektor zakładu poinformowała, o realizacji zaleceń sformułowanych w protokole ze zbadania sprawy na miejscu tj.:

- 1) wprowadzono obowiązek noszenia przez personel imiennych identyfikatorów – jako element podnoszenia jakości świadczonych usług medycznych;
- 2) zredagowano informację o prawach pacjenta oraz wyeksponowano je w miejscach ogólnodostępnych dla pacjentów i ich rodzin;
- 3) zredagowano informację o danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta oraz wyeksponowano je w miejscach ogólnodostępnych dla pacjentów i ich rodzin;
- 4) z miejsc ogólnodostępnych usunięto wszelkie dane identyfikujące pacjenta;
- 5) wprowadzono zapis znaków identyfikacyjnych pacjentów w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjentów przez osoby nieuprawnione.

VII. EMC Instytut Medyczny S.A. Filia: Szpital Św. Rocha w Ozimku (woj. opolskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 11 października 2012 r. w EMC Instytucie Medycznym S.A. Filia: Szpital Św. Rocha w Ozimku.

1. Stwierdzone nieprawidłowości

W wyniku przeprowadzonych czynności stwierdzono następujące nieprawidłowości:

- 1) zbyt duże zagęszczenie chorych w salach uniemożliwia dostęp do łóżek pacjentów z trzech stron;
- 2) pracownia terapii zajęciowej wyposażona jest w znikomą ilość materiałów i sprzętu umożliwiającego prowadzenie zajęć. Niewielka przestrzeń uniemożliwia ponadto prowadzenie zajęć terapeutycznych z wykorzystaniem niektórych posiadanych materiałów;

- 3) nie opracowano planów i programów terapeutycznych;
- 4) dane niezbędne do identyfikacji pacjentów, tj. imię, nazwisko, data urodzenia zostały umieszczone w widocznym miejscu – nad łózkami pacjentów;
- 5) pomieszczenia higieniczno-sanitarne nie są przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich.

2. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

W wyniku przeprowadzonych ustaleń stwierdzono, że w EMC Instytucie Medycznym S.A. Filia: Szpital Św. Rocha w Ozimku doszło do naruszenia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 8 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

3. Sformułowane zalecenia

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

- 1) zaangażowanie personelu w organizację planu dnia pacjentów, w tym opracowanie i wdrożenie planów i programów terapeutycznych dla pacjentów;
- 2) dostosowanie pomieszczeń do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*;
- 3) dostosowanie znaków identyfikacyjnych pacjentów do wymogów ustawy *o działalności leczniczej*.

4. Wyniki podjętych działań

Dyrektor podmiotu leczniczego poinformował o zrealizowaniu zaleceń wskazanych w protokole ze zbadania sprawy na miejscu, tj.:

- 1) dostosowanie pomieszczeń do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* następować będzie zgodnie z zaakceptowanym przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Opolu programem dostosowawczym. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy dla Dzieci i Młodzieży oraz Hospicjum Stacjonarne dla Dzieci zostaną przeniesione do pomieszczeń w innej części budynku po uprzednim ich dostosowaniu poprzez adaptację pomieszczeń sanitarno-higienicznych dla osób niepełnosprawnych oraz zapewnieniu możliwości dostępu do łóżek z trzech stron;
- 2) od dnia 24 października 2012 r. zaadaptowano i doposażono w odpowiednią ilość materiałów i sprzętu drugie pomieszczenie na potrzeby pracowni terapii zajęciowej. Zaangażowano również personel w organizację planu dnia pacjentów – poprzez opracowanie i wdrożenie planu i programu terapeutycznego dla pacjentów;

- 3) tabliczki z danymi osobowymi pacjentów, umieszczonych nad ich łózkami zostały usunięte, zaś znaki identyfikacyjne pacjentów zostały dostosowane do wymogów ustawy *o działalności leczniczej*.

VIII. Zakład Leczniczo-Opiekuńczy dla Dzieci prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Maryi Niepokalanej w Piskowicach (woj. dolnośląskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 4 października 2012 r. w Zakładzie Leczniczo-Opiekuńczym dla Dzieci prowadzonym przez Zgromadzenie Sióstr Maryi Niepokalanej w Piskowicach.

1. Stwierdzone nieprawidłowości

W wyniku przeprowadzonych czynności stwierdzono:

- 1) na tablicy ogłoszeń nie wyeksponowano informacji dotyczących: danych teleadresowych Biura Rzecznika Praw Pacjenta, praw pacjenta oraz trybu składania skarg i wniosków;
- 2) zbyt duże zagęszczenie chorych w salach uniemożliwia dostęp do łóżek pacjentów z trzech stron.

2. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

W wyniku przeprowadzonych ustaleń generalnie pozytywnie oceniono przestrzeganie praw pacjenta przez Świadczeniodawcę. W Zakładzie Leczniczo-Opiekuńczym dla Dzieci prowadzonym przez Zgromadzenie Sióstr Maryi Niepokalanej w Piskowicach, doszło do naruszenia prawa pacjenta do informacji, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

Nieznaczone uchybienie dotyczyło braku dostępu do łóżek pacjentów z trzech stron, tym samym niespełnienie wymogu określonego w Rozdziale III § 18–20 rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*.

3. Sformułowane zalecenia

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

- 1) umieszczenie w miejscu ogólnodostępnym informacji o prawach pacjenta oraz danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta;
- 2) umieszczenie w miejscu ogólnodostępnym tzw. książki skarg i wniosków.

4. Wyniki podjętych działań

Dyrektor zakładu poinformował o zrealizowaniu zaleceń wskazanych w protokole ze zbadania sprawy na miejscu, tj.:

- 1) zredagowano informację o prawach pacjenta wraz z opisem trybu składania skarg i wniosków oraz wyeksponowano je na tablicy ogłoszeń w oddziałach zakładu – w miejscach ogólnodostępnych dla pacjentów i ich rodzin;
- 2) zredagowano informację o aktualnych danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta i wyeksponowano je na tablicy ogłoszeń w oddziałach zakładu – w miejscach ogólnodostępnych dla pacjentów i ich rodzin;
- 3) w miejscu ogólnodostępnym dla pacjentów i ich rodzin umieszczono książkę skarg i wniosków.

IX. Hospicjum Sióstr Św. Elżbiety w Złotowie, utworzony przez Prowincję Toruńską Zgromadzenia Sióstr Świętej Elżbiety (woj. wielkopolskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 9 października 2012 r. w Hospicjum Sióstr Św. Elżbiety w Złotowie, utworzonym przez Prowincję Toruńską Zgromadzenia Sióstr Świętej Elżbiety.

1. Przeprowadzone ustalenia

W wyniku przeprowadzonych czynności pozytywnie oceniono przestrzeganie praw pacjenta w Hospicjum Sióstr Św. Elżbiety w Złotowie.

Incydentalne uchybienie nie ma wpływu na ogólną ocenę świadczeniodawcy, a usunięcie ich w trakcie trwania czynności powoduje odstąpienie od wydawania zaleceń.

X. Zakład Opiekuńczo-Lecznicy dla Dzieci im. Jana Pawła II prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Maryi Niepokalanej w Jaszczole (woj. dolnośląskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 5 października 2012 r. w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy dla Dzieci im. Jana Pawła II prowadzonym przez Zgromadzenie Sióstr Maryi Niepokalanej w Jaszczole.

1. Przeprowadzone ustalenia

W wyniku przeprowadzonych ustaleń pozytywnie oceniono przestrzeganie praw pacjenta przez świadczeniodawcę. Incydentalne uchybienie, nie mające wpływu na funkcjonowanie zakładu, dotyczy braku dostępu do łóżek pacjentów z trzech stron.

W związku z pozytywną oceną realizacji obowiązków nałożonych na świadczeniodawcę odstępuje się od wydania zaleceń wobec ww. podmiotu.

XI. Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Stowarzyszenia Ośrodek Integracji Społecznej w Zielonej Górze (woj. lubuskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 26 listopada 2012 r. w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym Stowarzyszenia Ośrodek Integracji Społecznej w Zielonej Górze.

1. Przeprowadzone ustalenia

W wyniku przeprowadzonych działań pozytywnie oceniono funkcjonowanie ww. podmiotu leczniczego i podejmowane przez świadczeniodawcę działania mające na celu stworzenie jak najlepszych warunków pobytu osobom wymagającym pomocy i opieki, w tym pacjentowi małoletniemu. Niemniej, zwrócono uwagę na:

- 1) konieczność przywiązywania większej wagi do odpowiedniego postępowania z zanieczyszczoną bielizną pacjentów;
- 2) brak aktualnych informacji teleadresowych Biura Rzecznika Praw Pacjenta (§ 11 Załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej).

2. Sformułowane zalecenia

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z zaleceniem umieszczenia w miejscu ogólnodostępnym pełnych informacji o danych teleadresowych Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

XII. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy „Serdeczna Troska”, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie (woj. małopolskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 26 listopada 2012 r. w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym „Serdeczna Troska” Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie.

1. Przeprowadzone ustalenia

W wyniku przeprowadzonych czynności sprawdzających pozytywnie oceniono przestrzeganie praw pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym „Serdeczna Troska” w Krakowie. Incydentalne uchybienia, polegające na umieszczeniu danych umożliwiających identyfikację pacjentów (imię i nazwisko oraz data urodzenia) nad ich łózkami oraz brak identyfikatorów u personelu szpitala, nie mają wpływu na ogólną pozytywną ocenę świadczeniodawcy.

2. Sformułowane zalecenia

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do dyrektora ww. podmiotu leczniczego z zaleceniem dostosowania znaków identyfikacyjnych pacjentów do wymogów ustawy o działalności leczniczej.

XIII. Zakład Opiekuńczo-Lecznicy dla Dzieci i Młodzieży w Kraszewie Czubaki, funkcjonującym w strukturze Poradni Rodzinnej „Zdrowie” w Płońsku (woj. mazowieckie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 21 listopada 2012 r. w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy dla Dzieci i Młodzieży w Kraszewo Czubaki, funkcjonującym w strukturze Poradni Rodzinnej „Zdrowie” w Płońsku.

1. Przeprowadzone ustalenia

W wyniku przeprowadzonych przez pracowników Biura Rzecznika Praw Pacjenta czynności pozytywnie oceniono przestrzeganie praw pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy dla Dzieci i Młodzieży w Kraszewo Czubaki, funkcjonującym w strukturze Poradni Rodzinnej „Zdrowie” w Płońsku.

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

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 9 listopada 2012 r. w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy dla Dzieci i Młodzieży w Bacikach Średnich. Mając na uwadze, iż w dniu 28 lipca 2011 r. w ww. podmiocie leczniczym zostały przeprowadzone czynności weryfikujące realizację praw pacjenta przez świadczeniodawcę, zweryfikowano również stopień wdrożenia zaleceń wskazanych w protokole ze zbadania sprawy na miejscu z dnia 9 sierpnia 2011 r.

1. Przeprowadzone ustalenia

W wyniku przeprowadzonych działań pozytywnie oceniono przestrzeganie praw pacjenta przez świadczeniodawcę. Incydentalne uchybienie polegało na zamieszczeniu nieaktualnej informacji o prawach pacjenta.

Jednocześnie, należy wskazać, iż świadczeniodawca wywiązał się z zaleceń sformułowanych w protokole ze zbadania sprawy na miejscu z dnia 9 sierpnia 2011 r.

2. Sformułowane zalecenia

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z zaleceniem zaktualizowania udostępnionej informacji o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (ustawa *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*).

3. Wyniki podjętych działań

Dyrektor zakładu poinformował o zrealizowaniu zalecenia wskazanego w protokole ze zbadania sprawy na miejscu, tj.: uaktualniono udostępnione informacje o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

XV. Dom im. J. Korczaka Regionalnej Placówki Opiekuńczo-Terapeutycznej w Gdańsku Szpital Dziecięcy Polanki im. Macieja Płazyńskiego (woj. pomorskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 26 listopada 2012 r. w Domu im. J. Korczaka Regionalnej Placówki Opiekuńczo-Terapeutycznej w Gdańsku Szpitala Dziecięcego Polanki im. Macieja Płazyńskiego.

1. Stwierdzone nieprawidłowości

W wyniku przeprowadzonych ustaleń ustalono, że personel nie posiada identyfikatorów, zaś w widocznych miejscach nie wyeksponowano informacji dotyczących danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta, praw pacjenta, a także informacji o trybie składania skarg i wniosków.

2. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

W wyniku przeprowadzonych ustaleń stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

3. Sformułowane zalecenia

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

- 1) umieszczenie w miejscu ogólnodostępnym informacji o prawach pacjenta, danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta oraz informacji o trybie składania skarg i wniosków,
- 2) wprowadzenie obowiązku noszenia przez personel Zakładu imiennych identyfikatorów.

4. Wyniki podjętych działań

Dyrektor zakładu poinformował, że wskazane w protokole uchybienia zostały niezwłocznie usunięte, zaś zalecenia sformułowane w protokole ze zbadania sprawy na miejscu zostały zrealizowane. Ponadto, zorganizowano również szkolenie dla personelu z ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

XVI. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Bluemed” Zakład Opiekuńczo-Lecznicy dla Dzieci i Młodzieży „Radosne Serce” w Rzeszowie (woj. podkarpackie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 26 listopada 2012 r. w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Bluemed” Zakład Opiekuńczo-Lecznicy dla Dzieci i Młodzieży „Radosne Serce” w Rzeszowie.

1. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

W wyniku przeprowadzonych działań pozytywnie z uchybieniami oceniono przestrzeganie praw pacjenta przez świadczeniodawcę. Incydentalne uchybienie polegało na zamieszczeniu nieaktualnej informacji o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a tym samym doszło do naruszenia prawa pacjenta do informacji, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

2. Sformułowane zalecenia

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z zaleceniem zaktualizowania informacji o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

XVII. Zakład Lecznico-Opiekuńczy „Betlejem” w Jastrzębiu-Zdroju (woj. śląskie)

Zbadanie sprawy na miejscu zostało przeprowadzone w dniu 17 grudnia 2012 r. w Zakładzie Lecznico-Opiekuńczym „Betlejem” w Jastrzębiu-Zdroju.

1. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

W wyniku przeprowadzonych ustaleń pozytywnie oceniono przestrzeganie praw pacjenta przez Zakład Lecznico-Opiekuńczy „Betlejem” w Jastrzębiu Zdroju. Uchybienie – niemające wpływu na ogólną ocenę świadczeniodawcy i prawidłowe funkcjonowanie Zakładu w kontekście realizacji praw pacjenta – polegało na zamieszczeniu niepełnej i nieaktualnej informacji odnośnie Rzecznika Praw Pacjenta.

Tym samym stwierdzono naruszenie art. 11 ust. 1 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*.

2. Sformułowane zalecenia

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z zaleceniem zaktualizowania ww. informacji.

3. Wyniki podjętych działań

Dyrektor zakładu poinformował, że wszystkie informacje udostępnione w ogólnodostępnych miejscach zostały uaktualnione lub uzupełnione, zgodnie z zaleceniami wskazanymi w protokole ze zbadania sprawy na miejscu.

XVIII. Specjalistyczny Ośrodek Edukacyjno-Leczniczo-Rehabilitacyjnym dla Dzieci Niewidomych i Niedowidzących Polskiego Związku Niewidomych w Rudoltowicach (woj. śląskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 18 grudnia 2012 r. w Specjalistycznym Ośrodku Edukacyjno-Leczniczo-Rehabilitacyjnym dla Dzieci Niewidomych i Niedowidzących Polskiego Związku Niewidomych w Rudoltowicach.

1. Stwierdzone nieprawidłowości

- 1) w widocznym miejscu nie wyeksponowano informacji dotyczących danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta, praw pacjenta oraz informacji o trybie składania skarg i wniosków;
- 2) udostępniona na tablicy ogłoszeń Karta Praw Pacjenta nie jest sporządzona w oparciu o obowiązujące przepisy prawne;
- 3) w przypadku zastosowania środka przymusu bezpośredniego nie jest prowadzona karta zastosowania unieruchomienia lub izolacji, o której mowa w § 17 rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania.*

2. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta

W wyniku przeprowadzonych ustaleń stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do:

- 1) świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 8 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*;
- 2) informacji, o którym mowa w art. 11 ww. ustawy.

3. Sformułowane zalecenia

Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

- 1) uaktualnienie informacji o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 2) dokumentowanie stosowania przymusu bezpośredniego zgodnie z przepisami ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania*;

- 3) przeprowadzenie szkolenia dla personelu w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego.

4. Wyniki podjętych działań

Dyrektor zakładu poinformował o realizacji zaleceń, tj. wszystkie informacje udostępnione w ogólnodostępnych miejscach zostały uaktualnione lub uzupełnione, zgodnie z zaleceniami wskazanymi w protokole ze zbadania sprawy na miejscu. Ponadto, przeprowadzono szkolenie stosowne szkolenie dla personelu zakładu.

Sprawy zbadane na miejscu w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

I. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Centrum Medyczne ETER-MED” w Gdańsku (woj. pomorskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 30 stycznia 2012 r. w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Centrum Medyczne ETER-MED” w Gdańsku.

1. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta oraz przepisów odrębnych

W wyniku przeprowadzonych ustaleń stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, określonych w ustawie *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz przepisach odrębnych, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ww. *ustawy*.

Ponadto, stwierdzono naruszenie § 11 ust. 4 pkt 1 i 4 załącznika do rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.

2. Sformułowane zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

- 1) umieszczenie na tablicy informacyjnej brakujących informacji, dotyczących imion i nazwisk osób kierujących placówką;
- 2) opracowanie informacji dotyczącej trybu składania skarg i wniosków oraz umieszczenie jej w miejscu ogólnodostępnym;
- 3) udostępnienie informacji o prawach pacjenta.

3. Wyniki podjętych działań

Prezes podmiotu leczniczego poinformował o realizacji zaleceń wskazanych w protokole ze zbadania sprawy na miejscu.

II. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „D.D.J-Med.” s.c. w Pabianicach (woj. łódzkie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 29 listopada 2012 r. w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „D.D.J-Med.” s.c. w Pabianicach.

1. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta oraz przepisów odrębnych

W wyniku przeprowadzonych ustaleń stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji o prawach pacjenta, określonych w ustawie *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz przepisach odrębnych, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ww. ustawy.

Ponadto, stwierdzono naruszenie § 11 ust. 4 pkt 4 i 5 załącznika do rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.

2. Sformułowane zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

- 1) umieszczenie w miejscu ogólnodostępnym informacji o:
 - a) prawach pacjenta,
 - b) danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta,
 - c) trybie składania skarg i wniosków,
 - d) bezpłatnych numerach alarmowych ratownictwa medycznego;
- 2) umieszczenie ww. informacji w miejscu umożliwiającym dostęp do nich osobom niepełnosprawnym ruchowo;
- 3) umieszczenie w miejscu widocznym z zewnątrz budynku informacji o dostępnych świadczeniach w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

3. Wyniki podjętych działań

Kierownik podmiotu leczniczego poinformował o realizacji zaleceń wskazanych w protokole ze zbadania sprawy na miejscu.

III. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Remedium” s.c. w Nysie (woj. opolskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 27 listopada 2012 r. w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Remedium” s.c. w Nysie.

1. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta oraz przepisów odrębnych

W wyniku przeprowadzonych ustaleń stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji o prawach pacjenta, określonych w ustawie *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz przepisach odrębnych, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ww. *ustawy*.

Ponadto, stwierdzono naruszenie § 11 ust. 4 pkt 4 i 5 załącznika do rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.

2. Sformułowane zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

- 1) umieszczenie w miejscu ogólnodostępnym informacji o prawach pacjenta oraz danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta i Biura Rzecznika Praw Pacjenta, a także trybie składania skarg i wniosków;
- 2) zmiana treści ogłoszenia o pobieraniu opłat od rejestrujących się pacjentów nie posiadających w momencie rejestracji dowodu ubezpieczenia i dostosowanie praktyki w przedmiotowym zakresie do obowiązujących regulacji ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*.

3. Wyniki podjętych działań

Świadczeniodawca poinformował o realizacji zaleceń wskazanych w protokole ze zbadania sprawy na miejscu.

IV. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnia Rodzinna” w Pruszkowie (woj. mazowieckie)

1. Podstawa podjęcia działania

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 26 listopada 2012 r. w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Przychodnia Rodzinna” w Pruszkowie.

2. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta oraz przepisów odrębnych

W wyniku przeprowadzonych ustaleń stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji o prawach pacjenta, określonych w ustawie *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz przepisach odrębnych, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ww. *ustawy* oraz naruszenie art. 12 ww. *ustawy*.

Ponadto, stwierdzono naruszenie § 11 ust. 4 pkt 4 i 5 załącznika do rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.

3. Sformułowane zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z zaleceniem umieszczenia w miejscu ogólnodostępnym informacji o:

- 1) prawach pacjenta,
- 2) danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta,
- 3) trybie składania skarg i wniosków;
- 4) profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych w ww. placówce na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

V. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska w Braniewie (woj. warmińsko-mazurskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 26 listopada 2012 r. w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej w Braniewie.

1. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta oraz przepisów odrębnych

W wyniku przeprowadzonych ustaleń stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji o prawach pacjenta, określonych w ustawie *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz przepisach odrębnych, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ww. *ustawy* oraz naruszenie art. 12 ww. *ustawy*.

Ponadto, stwierdzono naruszenie § 11 ust. 4 pkt 4 i 5 załącznika do rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.

2. Sformułowane zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z zaleceniem umieszczenia w miejscu ogólnodostępnym informacji o prawach pacjenta, danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta, a także trybie składania skarg i wniosków.

3. Wyniki podjętych działań

- 1) świadczeniodawca poinformował, iż wszystkie brakujące informacje wskazane, w protokole ze zbadania sprawy na miejscu, zostały umieszczone w miejscu ogólnodostępnym;
- 2) Szef Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia poinformował o realizacji przez Świadczeniodawcę zaleceń wskazanych przez Rzecznika Praw Pacjenta w protokole.

VI. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Rejonowa we Fromborku (woj. warmińsko-mazurskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 29 listopada 2012 r. w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Przychodni Rejonowej we Fromborku.

1. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta oraz przepisów odrębnych

W wyniku przeprowadzonych ustaleń stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji o prawach pacjenta, określonych w ustawie *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz przepisach odrębnych, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ww. *ustawy*.

Ponadto, stwierdzono naruszenie § 11 ust. 4 pkt 1, 4 i 5 załącznika do rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.

2. Sformułowane zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z zaleceniem umieszczenia w miejscu ogólnodostępnym informacji o:

- 1) prawach pacjenta,
- 2) danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta,
- 3) trybie składania skarg i wniosków,
- 4) danych osób kierujących placówką.

3. Wyniki podjętych działań

Kierownik podmiotu leczniczego odniósł się do zakresu nieprawidłowości wskazanych w protokole ze zbadania sprawy na miejscu.

VII. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Centrum Medyczne SOPMED” w Sopocie (woj. pomorskie)

1. Podstawa podjęcia działania

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 5 grudnia 2012 r. w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Centrum Medyczne SOPMED” w Sopocie.

2. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta oraz przepisów odrębnych

W wyniku przeprowadzonych ustaleń stwierdzono prawa pacjenta do informacji o prawach pacjenta, określonych w ustawie *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz przepisach odrębnych, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ww. *ustawy* oraz naruszenie art. 12 ww. *ustawy*.

Ponadto, stwierdzono naruszenie § 11 ust. 4 pkt 1 i 5–7 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Sformułowane zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

- 1) usunięcie nieaktualnych informacji o Rzeczniku Praw Pacjenta przy Pomorskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) zaniechanie posługiwania się Kartą Praw Pacjenta z 1998 r.;
- 3) umieszczenia w miejscu ogólnodostępnym informacji o:
 - a) prawach pacjenta,
 - b) danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta,
 - c) trybie składania skarg i wniosków,
 - d) numerów alarmowych ratownictwa medycznego,
 - e) numerach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

4. Wyniki podjętych działań

Prezes Zarządu podmiotu leczniczego poinformował o realizacji zaleceń wskazanych w protokole ze zbadania sprawy na miejscu.

VIII. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Centrum Medyczne PLUS” w Kluczborku (woj. opolskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 28 listopada 2012 r. w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Centrum Medyczne PLUS” w Kluczborku.

1. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta oraz przepisów odrębnych

W wyniku przeprowadzonych ustaleń stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji o prawach pacjenta, określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przepisach odrębnych, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ww. ustawy.

Ponadto, stwierdzono naruszenie § 11 ust. 4 pkt 5 i 8 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Sformułowane zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z zaleceniem umieszczenia w miejscu ogólnodostępnym informacji o prawach pacjenta, danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

3. Wyniki podjętych działań

Świadczeniodawca poinformował o realizacji zaleceń wskazanych w protokole ze zbadania sprawy na miejscu.

IX. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gorzowska Lecznica Specjalistyczna Sp. z o.o. w Gorzowie Wielkopolskim (woj. lubuskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 27 listopada 2012 r. w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Gorzowskiej Lecznicy Specjalistycznej Sp. z o.o. w Gorzowie Wielkopolskim.

1. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta oraz przepisów odrębnych

W wyniku przeprowadzonych ustaleń stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji o prawach pacjenta, określonych w ustawie *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz przepisach odrębnych, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ww. ustawy.

Ponadto, stwierdzono naruszenie § 11 ust. 4 pkt 4 załącznika do rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.

2. Sformułowane zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z zaleceniem umieszczenia w miejscu ogólnodostępnym informacji o prawach pacjenta, danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta, a także trybie składania skarg i wniosków.

X. Przychodnia przy Kopalni Węgla Kamiennego „Porąbka-Klimontów” w Sosnowcu (woj. śląskie).

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 29 listopada 2012 r. w Przychodni przy KWK „Porąbka-Klimontów” w Sosnowcu.

1. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta oraz przepisów odrębnych

W wyniku przeprowadzonych ustaleń stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji o prawach pacjenta, określonych w ustawie *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz

przepisach odrębnych, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ww. *ustawy* oraz naruszenie art. 12 ww. *ustawy*.

Ponadto, stwierdzono naruszenie § 11 ust. 4 pkt 4 i 5 załącznika do rozporządzenia w *sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.

2. Sformułowane zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z zaleceniem umieszczenia w miejscu ogólnodostępnym informacji o prawach pacjenta, danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta, a także trybie składania skarg i wniosków.

3. Wyniki podjętych działań

Prezes Fundacji „Unia Bracka” (podmiot tworzący) poinformował, iż wszystkie informacje wskazane w protokole ze zbadania sprawy na miejscu zostały umieszczone w miejscu ogólnodostępnym

XI. Praktyka Lekarzy Pierwszego Kontaktu „LEKARZ s.c. w Poznaniu (woj. wielkopolskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 30 listopada 2012 r. w Praktyce Lekarzy Pierwszego Kontaktu „LEKARZ” s.c. w Poznaniu.

1. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta oraz przepisów odrębnych

W wyniku przeprowadzonych ustaleń stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji o prawach pacjenta, określonych w ustawie *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz przepisach odrębnych, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ww. *ustawy*.

Ponadto, stwierdzono naruszenie § 11 ust. 4 pkt 1 i 4 załącznika do rozporządzenia w *sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.

2. Sformułowane zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

- 1) usunięcie z tablic informacyjnych wszelkich ogłoszeń, komunikatów niepodpisanych, nieaktualnych, sprzecznych z przepisami prawa;
- 2) umieszczenia w miejscu ogólnodostępnym informacji o:
 - a) prawach pacjenta,
 - b) danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta,
 - c) trybie składania skarg i wniosków,
 - d) numerów alarmowych ratownictwa medycznego,

- e) numerach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
- f) imionach i nazwiskach osób kierujących placówką.

3. Wyniki podjętych działań

Świadczeniodawca poinformował o realizacji zaleceń wskazanych w protokole ze zbadania sprawy na miejscu.

XII. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku (woj. śląskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 30 listopada 2012 r. w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkim Szpitalu nr 3 w Rybniku. Decyzja została podjęta w przedmiocie zweryfikowania stopnia przestrzegania prawa pacjenta do informacji.

1. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta oraz przepisów odrębnych

W wyniku przeprowadzonych ustaleń stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji o prawach pacjenta, określonych w ustawie *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz przepisach odrębnych, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ww. ustawy.

Ponadto, stwierdzono naruszenie § 11 ust. 4 pkt 4, 5 i 9 w zw. z § 13 załącznika rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.

2. Sformułowane zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

- 1) zmiana treści ogłoszenia o pobieraniu opłat od rejestrujących się pacjentów nie posiadających w momencie rejestracji dowodu ubezpieczenia i dostosowanie praktyki w przedmiotowym zakresie do obowiązujących regulacji ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*;
- 2) umieszczenia w miejscu ogólnodostępnym informacji o:
 - a) prawach pacjenta,
 - b) danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta,
 - c) trybie składania skarg i wniosków,
 - d) możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie.

3. Wyniki podjętych działań

Świadczeniodawca poinformował, iż wszystkie informacje wskazane w protokole ze zbadania sprawy na miejscu zostały umieszczone w miejscu ogólnodostępnym.

XIII. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „BIOMED” w Bolesławcu (woj. dolnośląskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 30 listopada 2012 r. w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „BIOMED” w Bolesławcu. Decyzja została podjęta w przedmiocie zweryfikowania stopnia przestrzegania prawa pacjenta do informacji.

1. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta oraz przepisów odrębnych

W wyniku przeprowadzonych ustaleń stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji o prawach pacjenta, określonych w ustawie *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz przepisach odrębnych, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ww. ustawy.

Ponadto, stwierdzono naruszenie § 11 ust. 4 pkt 1 ,3–5, 7 i 9 załącznika do rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.

2. Sformułowane zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z zaleceniem umieszczenia w miejscu ogólnodostępnym informacji o:

- 1) prawach pacjenta,
- 2) danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta,
- 3) trybie składania skarg i wniosków,
- 4) imionach i nazwiskach osób kierujących pracą komórki organizacyjnej,
- 5) zasadach zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych (w tym możliwości rejestracji telefonicznej),
- 6) numerach telefonów alarmowych ratownictwa medycznego,
- 7) możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie.

3. Wyniki podjętych działań

Świadczeniodawca poinformował, iż wszystkie informacje wskazane w protokole ze zbadania sprawy na miejscu i zostały umieszczone na tablicy ogłoszeń.

XIV. Przychodnia „Medikus X” w Skarżysku Kamiennej (woj. świętokrzyskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 30 listopada 2012 r. w Przychodni „Medikus X” w Skarżysku Kamiennej.

1. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta oraz przepisów odrębnych

W wyniku przeprowadzonych ustaleń nie stwierdzono naruszenia prawa pacjenta do informacji (art. 11 i art. 12 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*), a także § 11 ust. 4 załącznika do rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.

Niemniej, wystąpiono do Świadczeniodawcy o umieszczenie w miejscu ogólnodostępnych informacji o Rzeczniku Praw Pacjenta i danych teled adresowych Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

XV. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MEDIQ” w Legionowie (woj. mazowieckie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 30 listopada 2012 r. w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „MEDIQ” w Legionowie.

1. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta oraz przepisów odrębnych

W wyniku przeprowadzonych ustaleń stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji o prawach pacjenta, określonych w ustawie *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz przepisach odrębnych, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ww. *ustawy* oraz naruszenie art. 12 ww. *ustawy*.

Ponadto, stwierdzono naruszenie § 11 ust. 4 pkt 1 oraz 3–5 załącznika do rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.

2. Sformułowane zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z zaleceniem umieszczenia w miejscu ogólnodostępnym informacji o:

- 1) prawach pacjenta,
- 2) danych teled adresowych Rzecznika Praw Pacjenta oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta,
- 3) trybie składania skarg i wniosków,
- 4) osobach udzielających świadczeń zdrowotnych oraz godzinach i miejscach udzielania tych świadczeń,
- 5) zasadach zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych (w tym możliwości rejestracji telefonicznej),
- 6) profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten pomiot leczniczy.

3. Wyniki podjętych działań

Dyrektor podmiotu leczniczego poinformował, iż wszystkie informacje wskazane w protokole ze zbadania sprawy na miejscu i zostały umieszczone na tablicy ogłoszeń.

XVI. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Lecznictwa Otwartego Praga-Południe w Warszawie (woj. mazowieckie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 28 listopada 2012 r. w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Lecznictwa Otwartego Praga-Południe w Warszawie.

1. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta oraz przepisów odrębnych

W wyniku przeprowadzonych ustaleń stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz przepisach odrębnych, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ww. ustawy.

Ponadto, stwierdzono naruszenie § 11 ust. 4 pkt 5 załącznika do rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.

2. Sformułowane zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

- 1) usunięcie z tablic informacyjnych wszelkich ogłoszeń, komunikatów niepodpisanych, nieaktualnych, sprzecznych z przepisami prawa;
- 2) umieszczenia w miejscu ogólnodostępnym informacji o prawach pacjenta oraz danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

3. Wyniki podjętych działań

Dyrektor podmiotu leczniczego poinformował o realizacji zaleceń wskazanych w protokole ze zbadania sprawy na miejscu. Jednocześnie poinformowano, że zalecono pracownikom bieżące monitorowanie i aktualizowanie udostępnianych informacji.

XVII. Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej „Zdrowie” w Jarosławiu (woj. podkarpackie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 5 grudnia 2012 r. w Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej „Zdrowie” w Jarosławiu.

1. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta oraz przepisów odrębnych

W wyniku przeprowadzonych ustaleń nie stwierdzono naruszenia prawa pacjenta do informacji, niemniej wskazano na uchybienia w zakresie niewypełnienia dyspozycji § 11 ust. 4 pkt 1 i 7 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Sformułowane zalecenia

W związku ze stwierdzonymi uchybieniami Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z zaleceniem umieszczenia w miejscu ogólnodostępnym informacji o numerach ratownictwa medycznego oraz imionach i nazwiskach osób kierujących pracą komórki organizacyjnej.

3. Wyniki podjętych działań

Dyrektor podmiotu leczniczego poinformował o realizacji zaleceń wskazanych w protokole Rzecznika Praw Pacjenta ze zbadania sprawy na miejscu. Jednocześnie poinformowano, że zalecono pracownikom bieżące monitorowanie i aktualizowanie udostępnianych informacji.

XVIII. Zespół Opieki Zdrowotnej „Szpital z Uśmiechem” Przychodnia Rejonowa nr 5 w Dębicy (woj. podkarpackie)

1. Podstawa podjęcia działania

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 28 listopada 2012 r. w Zespole Opieki Zdrowotnej „Szpital z Uśmiechem” Przychodnia Rejonowa nr 5 w Dębicy.

2. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta oraz przepisów odrębnych

W wyniku przeprowadzonych ustaleń stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, o którym mowa w art. 12 ww. ustawy.

Ponadto, stwierdzono naruszenie § 11 ust. 4 pkt 1 i 3 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Sformułowane zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z zaleceniem umieszczenia w miejscu ogólnodostępnym informacji o:

- 1) imionach i nazwiskach osób kierujących pracą komórki organizacyjnej,
- 2) zasadach zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych (w tym możliwości rejestracji telefonicznej),
- 3) możliwościach rejestracji pacjentów w przychodni.

4) Wyniki podjętych działań

Starosta Powiatu Dębickiego (podmiot tworzący) poinformował o realizacji zaleceń wskazanych w protokole ze zbadania sprawy na miejscu.

XIX. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdrowie” Sieradzka, Zbylut w Dębicy (woj. podkarpackie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 28 listopada 2012 r. w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Zdrowie” Sieradzka, Zbylut w Dębicy.

1. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta oraz przepisów odrębnych

W wyniku przeprowadzonych ustaleń stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji o prawach pacjenta, określonych w ustawie *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz przepisach odrębnych, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ww. *ustawy* oraz naruszenie art. 12 ww. *ustawy*.

Ponadto, stwierdzono naruszenie § 11 ust. 4 pkt 1 i 3-5 załącznika do rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.

2. Sformułowane zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z zaleceniem umieszczenia w miejscu ogólnodostępnym informacji o:

- 1) prawach pacjenta,
- 2) danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta,
- 3) trybie składania skarg i wniosków,
- 4) rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot,
- 5) imionach i nazwiskach osób kierujących pracą komórki organizacyjnej,
- 6) zasadach zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych (w tym możliwości rejestracji telefonicznej),
- 7) możliwościach rejestracji pacjentów.

3. Wyniki podjętych działań

Kierownik podmiotu leczniczego poinformował o realizacji zaleceń wskazanych w protokole ze zbadania sprawy na miejscu.

XX. Samodzielnym Publicznym Miejsko-Gminnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Jaśle (woj. podkarpackie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 30 listopada 2012 r. w Samodzielnym Publicznym Miejsko-Gminnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Jaśle.

1. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta oraz przepisów odrębnych

W wyniku przeprowadzonych ustaleń nie stwierdzono naruszenia prawa pacjenta do informacji (art. 11 i art. 12 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*), a także § 11 ust. 4 załącznika do rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.

Niemniej, wystąpiono do świadczeniodawcy o umieszczenie w miejscu ogólnodostępnych informacji o Rzeczniku Praw Pacjenta i danych teleadresowych Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

XXI. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zespół Opieki Zdrowotnej” Przychodnia Rejonowa w Kłodzku (woj. dolnośląskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 29 listopada 2012 r. w Samodzielny Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Zespół Opieki Zdrowotnej” Przychodnia Rejonowa w Kłodzku. Decyzja została podjęta w przedmiocie zweryfikowania stopnia przestrzegania prawa pacjenta do informacji.

1. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta oraz przepisów odrębnych

W wyniku przeprowadzonych ustaleń stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji o prawach pacjenta, określonych w ustawie *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz przepisach odrębnych, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ww. ustawy.

Ponadto, stwierdzono naruszenie art. 20 i art. 21 oraz art. 50 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, a także § 11 ust. 4 pkt 4, 5 i 7 oraz § 13 załącznika do rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.

2. Sformułowane zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do Świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami:

- 1) umieszczenia w miejscu ogólnodostępnym informacji o:
 - a) prawach pacjenta,
 - b) danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta,
 - c) trybie składania skarg i wniosków,

- d) numerach alarmowych ratownictwa medycznego,
 - e) możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie,
 - f) rodzaju i zakresie świadczeń oraz godzinach i miejscach ich udzielania,
 - g) imionach i nazwiskach osób kierujących pracą komórki organizacyjnej;
- 2) zapewnienie świadczeniobiorcom rejestracji na podstawie zgłoszenia osobistego, telefonicznego lub za pośrednictwem osoby trzeciej.

3. Wyniki podjętych działań

Świadczeniodawca poinformował, iż wszystkie informacje wskazane w protokole ze zbadania sprawy na miejscu zostały umieszczone w miejscu ogólnodostępnym.

XXII. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ALBA-MED.” w Łądku Zdroju (woj. dolnośląskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 28 listopada 2012 r. w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „ALBA-MED” w Łądku-Zdroju

1. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta oraz przepisów odrębnych

W wyniku przeprowadzonych ustaleń stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji o prawach pacjenta, określonych w ustawie *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz przepisach odrębnych, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ww. ustawy oraz naruszenie art. 12 ww. ustawy.

Ponadto, stwierdzono naruszenie § 11 ust. 4 pkt 1, 3 oraz 5 i 9 załącznika do rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.

2. Sformułowane zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z zaleceniem umieszczenia w miejscu ogólnodostępnym informacji o:

- 1) prawach pacjenta,
- 2) danych teled adresowych Rzecznika Praw Pacjenta oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta,
- 3) osobach udzielających świadczeń zdrowotnych wraz z podaniem terminów i godzin przyjęć,
- 4) możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie,
- 5) rodzaju i zakresie świadczeń oraz godzinach i miejscach ich udzielania.

3. Wyniki podjętych działań

Świadczeniodawca poinformował, iż wszystkie informacje wskazane w protokole ze zbadania sprawy na miejscu zostały umieszczone w miejscu ogólnodostępnym.

XXIII. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Marianny Orańskiej Praktyka Lekarzy POZ s.c. w Stroniu Śląskim (woj. dolnośląskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 28 listopada 2012 r. w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im. Marianny Orańskiej Prywatnej Praktyce Lekarzy POZ s.c. w Stroniu Śląskim.

1. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta oraz przepisów odrębnych

W wyniku przeprowadzonych ustaleń stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji o prawach pacjenta, określonych w ustawie *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz przepisach odrębnych, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ww. ustawy oraz naruszenie art. 12 ww. ustawy.

Ponadto, stwierdzono naruszenie § 11 ust. 4 pkt 1, 3–5 oraz 7 i 9 załącznika do rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.

2. Sformułowane zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami umieszczenia w miejscu ogólnodostępnym informacji o:

- 1) prawach pacjenta,
- 2) danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta,
- 3) trybie składania skarg i wniosków,
- 4) numerach alarmowych ratownictwa medycznego
- 5) osobach udzielających świadczeń zdrowotnych wraz z podaniem terminów i godzin przyjęć,
- 6) imionach i nazwiskach osób kierujących podmiotem,
- 7) zasadach zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych,
- 8) rodzaju i zakresie świadczeń oraz godzinach i miejscach ich udzielania.

XXIV. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Beta-Med.” Sp. z o.o. w Ząbkach (woj. mazowieckie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 28 listopada 2012 r. w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Beta-Med.” Sp. z o.o. w Ząbkach.

1. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta oraz przepisów odrębnych

W wyniku przeprowadzonych ustaleń stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji o prawach pacjenta, określonych w ustawie *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz przepisach odrębnych, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ww. ustawy oraz naruszenie art. 12 ww. ustawy.

Ponadto, stwierdzono naruszenie § 11 ust. 4 pkt 5 załącznika do rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.

2. Sformułowane zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z następującymi zaleceniami umieszczenia w miejscu ogólnodostępnym informacji o:

- 1) prawach pacjenta,
- 2) danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta,
- 3) profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych w ww. placówce, w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

XXV. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Miejska Przychodnia Zdrowia w Ząbkach (woj. mazowieckie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 30 listopada 2012 r. w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Miejskiej Przychodni Zdrowia w Ząbkach.

1. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta oraz przepisów odrębnych

W wyniku przeprowadzonych ustaleń stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji o prawach pacjenta, określonych w ustawie *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz przepisach odrębnych, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ww. ustawy oraz naruszenie art. 12 ww. ustawy.

Ponadto, stwierdzono naruszenie § 11 ust. 4 pkt 5 załącznika do rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.

2. Sformułowane zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z zaleceniem umieszczenia w miejscu ogólnodostępnym informacji o:

- 1) prawach pacjenta,
- 2) danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta,
- 3) profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych w ww. placówce, w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

3. Wyniki podjętych działań

Dyrektor podmiotu leczniczego poinformował o realizacji zaleceń wskazanych w protokole Rzecznika Praw Pacjenta ze zbadania sprawy na miejscu.

XXVI. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodni „ASKLEPIOS-ŚRÓDMIEŚCIE” w Radomiu (woj. mazowieckie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 3 grudnia 2012 r. w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Przychodni „ASKLEPIOS-ŚRÓDMIEŚCIE” w Radomiu.

1. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta oraz przepisów odrębnych

W wyniku przeprowadzonych ustaleń stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji o prawach pacjenta, określonych w ustawie *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz przepisach odrębnych, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ww. ustawy oraz naruszenie art. 12 ww. ustawy.

Ponadto, stwierdzono naruszenie § 11 ust. 4 pkt 3 załącznika do rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.

2. Sformułowane zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z zaleceniem umieszczenia w miejscu ogólnodostępnym informacji o:

- 1) prawach pacjenta,
- 2) danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta,
- 3) zasadach zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych.

3. Wyniki podjętych działań

Świadczeniodawca poinformował, iż wszystkie informacje wskazane w protokole ze zbadania sprawy na miejscu zostały umieszczone w miejscu ogólnodostępnym.

XXVII. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Konstancynie Łódzkiej (woj. łódzkie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 28 listopada 2012 r. w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Konstancynie Łódzkiej.

1. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta oraz przepisów odrębnych

W wyniku przeprowadzonych ustaleń stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji o prawach pacjenta, określonych w ustawie *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz przepisach odrębnych, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ww. ustawy.

Ponadto, stwierdzono naruszenie § 11 ust. 4 pkt 5 załącznika do rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.

2. Sformułowane zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z zaleceniem umieszczenia w miejscu ogólnodostępnym informacji o prawach pacjenta, danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

3. Wyniki podjętych działań

Urząd Miejski w Konstancynie Łódzkiej (podmiot tworzący) poinformował, że wszystkie informacje wskazane w protokole ze zbadania sprawy na miejscu zostały umieszczone w miejscu ogólnodostępnym

XXVIII. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Rejonowo-Specjalistyczna Lekarzy Rodzinnych Servi-Med. s.c. w Gnieźnie (woj. wielkopolskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 28 listopada 2012 r. w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Przychodni Rejonowo-Specjalistycznej Lekarzy Rodzinnych Servi-Med. s.c. w Gnieźnie.

1. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta oraz przepisów odrębnych

W wyniku przeprowadzonych ustaleń stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji o prawach pacjenta, określonych w ustawie *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz

przepisach odrębnych, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ww. *ustawy* oraz naruszenie art. 12 ww. *ustawy*.

Ponadto, stwierdzono naruszenie § 11 ust. 1 oraz ust. 4 pkt 1, 3 i 4 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Sformułowane zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z zaleceniem umieszczenia w miejscu ogólnodostępnym informacji o:

- 1) prawach pacjenta,
- 2) danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta,
- 3) zasadach zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych,
- 4) trybie składania skarg i wniosków.

3. Wyniki podjętych działań

Kierownik podmiotu leczniczego poinformował o realizacji zaleceń wskazanych w protokole ze zbadania sprawy na miejscu.

XXIX. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska „ZDROWIE” w Toruniu (woj. kujawsko-pomorskie)

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 29 listopada 2012 r. w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Przychodni „ZDROWIE” w Toruniu.

1. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta oraz przepisów odrębnych

W wyniku przeprowadzonych ustaleń stwierdzono naruszenie prawa pacjenta do informacji o prawach pacjenta, określonych w ustawie o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* oraz przepisach odrębnych, o którym mowa w art. 11 ust. 1 ww. *ustawy*.

2. Sformułowane zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do świadczeniodawcy z zaleceniem umieszczenia w miejscu ogólnodostępnym informacji o prawach pacjenta, danych teleadresowych Rzecznika Praw Pacjenta oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

3. Wyniki podjętych działań

Dyrektor podmiotu leczniczego poinformował, iż wszystkie informacje wskazane w protokole ze zbadania sprawy na miejscu zostały umieszczone w miejscu ogólnodostępnym.

**XXX. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Ośrodek Medyczny ZIEMO-VITA”
Sp. z o.o. we Wrocławiu (woj. dolnośląskie)**

Zbadanie sprawy na miejscu przeprowadzono w dniu 29 listopada 2012 r. w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Ośrodek Medyczny ZIEMO-VITA” we Wrocławiu.

1. Stwierdzone naruszenia praw pacjenta oraz przepisów odrębnych

W wyniku przeprowadzonych ustaleń nie stwierdzono naruszenia prawa pacjenta do informacji (art. 11 i art. 12 ustawy *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*), a także dyspozycji § 11 ust. 4 załącznika do rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.

Niemniej, wystąpiono do Świadczeniodawcy o umieszczenie w miejscu ogólnodostępnych informacji o Rzeczniku Praw Pacjenta i danych teleadresowych Biura Rzecznika Praw Pacjenta, także przeredagowania (w sposób przystępny i niebudzący wątpliwości interpretacyjnych) informacji dotyczącej zasad rejestracji do lekarza rodzinnego.