

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia i Kultury Fizycznej

DZK-41009-96

Nr ewid. 212/97/P/96/094/DZK

I N F O R M A C J A
o wynikach kontroli realizacji ustawy
o ochronie zdrowia psychicznego

Warszawa

październik

1997 r.

SPIS TREŚCI

	strona
WSTĘP	1
I. CZĘŚĆ OGÓLNA	4
1. Charakterystyka kontroli	4
2. Synteza ustaleń kontroli i ocen kontrolowanej działalności	5
3. Uwagi i wnioski	15
II. CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA	19
1. Charakterystyka stanu prawnego w zakresie kontrolowanej działalności	19
2. Istotne ustalenia kontroli	36
2.1. Respektowanie prawa pacjenta do wyrażania pisemnej zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego i ochrona interesów chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo	36
2.1.1. Prawo pacjenta do wyrażania pisemnej zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego	36
2.1.2. Ochrona interesów chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo	42
2.2. Przestrzeganie praw pacjentów poddanych postępowaniu leczniczemu bez zgody	46
2.3. Stosowanie przymusu bezpośredniego	65
2.4. Poszanowanie intymności i godności w czasie udzielania pacjentowi świadczeń zdrowotnych oraz realizacja prawa do kontaktu osobistego, telefonicznego i korespondencyjnego z osobami z zewnątrz	74
2.4.1. Prawo pacjenta do intymności i godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych	74
2.4.2. Przestrzeganie praw pacjenta do kontaktu z osobami z zewnątrz	75

2.5. Udostępnianie pacjentom dokumentacji medycznej i ochrona zawartych w niej danych oraz udostępnianie dokumentów określających prawa i obowiązki pacjentów	80
2.5.1. Udostępnianie i przechowywanie dokumentacji lekarskiej	80
2.5.2. Sposób uzyskania informacji o statusie prawnym pacjenta	84
2.5.3. Sposób rejestrowania i załatwiania skarg pacjentów	87
2.6. Pobyt pacjentów w szpitalach psychiatrycznych mimo braku przesłanek medycznych i organizowanie wsparcia społecznego	89
2.7. Warunki bytowe i poziom wyżywienia pacjentów	93
2.8. Działania podejmowane przez kontrolowane jednostki w zakresie promocji zdrowia psychicznego	99
2.9. Funkcjonowanie nadzoru wojewodów nad działalnością publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej	103

III. PRZEBIEG POSTĘPOWANIA KONTROLNEGO I DZIAŁAŃ PODJĘTYCH PO ZAKOŃCZENIU KONTROLI 106

Załącznik nr 1	- Wykaz jednostek objętych kontrolą
Załącznik nr 2	- Wykaz podstawowych aktów prawnych w zakresie objętym tematyką kontroli
Tabela 1	- Zestawienie informacji dotyczących osób hospitalizowanych w latach 1995-1996 w 24 szpitalach psychiatrycznych
Tabela 2	- Zestawienie informacji dotyczących osób hospitalizowanych w 1995 i 1996 r. w 12 oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych
Tabela 3	- Zestawienie informacji o przymusowym umieszczeniu osób w 24 szpitalach psychiatrycznych w latach 1995-1996
Tabela 4	- Zestawienie informacji o przymusowym umieszczeniu osób w 12 oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych w latach 1995-1996.

WSTĘP

Prawo do wolności osobistej, to jedno z podstawowych praw obywateli demokratycznego państwa. Ponieważ psychiatria jest tą dziedziną medycyny, która funkcjonuje na zasadzie stosowania przymusu zewnętrznego, a więc z istoty swej ogranicza bądź pozbawia jednostkę wolności, poczucia autonomii, a tym samym ogranicza sferę podstawowych konstytucyjnych praw i wolności obywatelskich, przeto problematyka ochrony zdrowia psychicznego, a zwłaszcza praw pacjentów obciążonych chorobą psychiczną była i jest przedmiotem zainteresowania organizacji międzynarodowych, stojących na straży przestrzegania praw człowieka. W 1948 r. pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia Narodów Zjednoczonych (WHO) powołano do życia Światową Federację Ochrony Zdrowia Psychicznego. Zapoczątkowała ona swoją działalność programem „Zdrowie Psychiczne a Prawo Obywatelskie w świecie”. W 1977 r. utworzony przez psychiatrów Światowy Związek Psychiatrii określił na 6 Światowym Kongresie na Hawajach zasady etyczne funkcjonowania swego środowiska w tzw. „Deklaracji Hawajskiej”. Dokument ten przestrzega przed nadużywaniem wiedzy i umiejętności psychiatrycznych w sposób sprzeczny z zasadami humanitaryzmu. Związek zareagował w ten sposób w szczególności przeciw nadużywaniu psychiatrii w państwach totalitarnych¹.

Dnia 8 października 1977 r. Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy w przyjętej Rekomendacji 818 (1977) dotyczącej sytuacji osób psychicznie chorych, zaleciło aby Komitet Ministrów RE zachęcił rządy państw członkowskich do dokonania przeglądu ich dotychczasowego ustawodawstwa i przepisów administracyjnych dotyczących osób psychicznie chorych i stworzenia prawa i praktyki, które chroniłyby te osoby. W związku z tym Komitet Ministrów RE przyjął 22 lutego 1983 r. Rekomendację Nr R (83) 2 dotyczącą ochrony prawnej osób cierpiących na zaburzenia psychiczne przymusowo umieszczonych w zakładach leczniczych². Rekomendacja ta przewiduje m.in., że przymusowe umieszczenie pacjenta cierpiącego na zaburzenia psychiczne w zakładzie psychiatrycznym może nastąpić tylko na mocy orzeczenia sądu lub innego właściwego organu określonego przez ustawę.

Następnym etapem na drodze rozwoju praw pacjentów psychiatrycznych stało się przyjęcie przez Światową Federację Ochrony Zdrowia „Deklaracji Praw Człowieka i Ochrony

¹ Kronika Medycyny, 1994, s. 622.

² „Prawa Pacjentów i Problemy Etyczne Współczesnej Medycyny w Dokumentach Rady Europy”, wyd. Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa 1994, s. 17-27.

Zdrowia Psychicznego” (1989 r.). W cztery lata później Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych uchwaliło jeden z najważniejszych dokumentów o zasięgu światowym w tej dziedzinie: „Zasady Ochrony Psychicznie Chorych i Poprawy Opieki Psychiatrycznej”: W dokumencie tym zawarto zasady dotyczące m.in. ochrony nieletnich, reguł stwierdzania choroby psychicznej, przestrzegania tajemnicy, wymogu zgody na leczenie, warunków pielęgnowania w placówkach psychiatrycznych, dostępu do informacji i trybu składania skarg.

Polska długo należała do tych krajów europejskich, które nie posiadały ustawowych regulacji problematyki ochrony zdrowia psychicznego.

W okresie międzywojennym podjęto pierwszą próbę objęcia omawianej materii ustawą. W 1928 r. ogłoszono projekt rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o opiece nad osobami psychicznie chorymi. Prace nad tym aktem nigdy jednak nie wykroczyły poza fazę prac projektowych. Podobny los podzielił również projekt ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wniesiony do Sejmu w 1970 r.³ Do roku 1994 zasady leczenia przymusowego określała częściowo jedynie, wydana bez upoważnienia ustawowego, Instrukcja nr 120/52 Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 1952 r., w sprawie przyjmowania i wypisywania chorych ze szpitali psychiatrycznych⁴. Nie przewidywała ona kontroli sądowej ograniczenia wolności pacjenta.

Brak w Polsce do 1994 r. przepisów rangi ustawowej regulujących lecnictwo psychiatryczne pozostawał w oczywistej sprzeczności z obowiązującymi standardami międzynarodowymi zarówno regionalnymi jak i uniwersalnymi; pozbawiał bowiem pacjentów instytucjonalnej ochrony ich podstawowych praw, psychiatrów zaś wyraźnej podstawy prawnej określającej treść stosunku lekarz - pacjent.

Konieczność ustawowego uregulowania problematyki psychiatrycznej opieki zdrowotnej wynikała ponadto z postanowień art. 1 i art. 87 przepisów konstytucyjnych, utrzymanych w mocy na podstawie art. 77 Ustawy konstytucyjnej z dnia 17 października 1992 r. o wzajemnych stosunkach między władzą ustawodawczą i wykonawczą Rzeczypospolitej Polskiej oraz o samorządzie terytorialnym⁵. Z przepisów tych wynika, że wszystkie unormowania dotyczące praw i obowiązków, w tym - co oczywiste -

³ Daszkiewicz W., Dąbrowski S., Kubicki L: Prawna regulacja ochrony zdrowia psychicznego, Państwo i Prawo z 1974, Nr 8-9, s. 70.

⁴ Dz.Urz. Ministerstwa Zdrowia z 1952 r., Nr 24, poz. 240.

⁵ Dz.U. z 1992 r. Nr 84, poz. 426, ze zm.

ograniczenia praw obywateli muszą być uregulowane w drodze ustawy. Wśród innych ważnych przesłanek racjonalizujących potrzebę ustawowej regulacji ochrony zdrowia psychicznego w Polsce należy wskazać na postanowienia ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej⁶, która definiuje konieczność wyrażania zgody na leczenie szpitalne; stosowanie więc tego leczenia bez zgody - tym bardziej wymagało regulacji ustawowej, a także na ratyfikowanie przez Polskę międzynarodowych paktów i konwencji dotyczących ochrony praw człowieka, a w szczególności Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 1950 r., która zaczęła obowiązywać w Polsce 19 stycznia 1993 r.⁷.

Konwencja ta nałożyła obowiązek dostosowania do niej wewnętrznych regulacji prawnych. Zgodnie z art. 5 Konwencji kwestia pozbawiania wolności z powodu choroby psychicznej powinna być uregulowana w drodze ustawy, a każdy kto został pozbawiony wolności przez zatrzymanie lub aresztowanie ma prawo odwołania się do sądu w celu ustalenia bezzwłocznie przez sąd legalności pozbawienia wolności i zarządzenia zwolnienia, jeżeli pozbawienie wolności jest niezgodne z prawem.

Z treści art. 5 i art. 6 ww. Konwencji wynikają następujące prawa osób przymusowo hospitalizowanych:

- a) prawo do bycia poinformowanym o okolicznościach uzasadniających przymusową hospitalizację oraz do wypowiedzenia się, co do tych okoliczności;
- b) prawo do bycia poinformowanym o możliwościach kwestionowania decyzji o przymusowej hospitalizacji;
- c) prawo do rozpatrzenia przez sądy sprawy przymusowego umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym oraz do możliwości bycia wysłuchanym osobiście lub w razie konieczności przez pełnomocnika;
- d) prawo do odszkodowania za niezasadne przymusowe umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym.

⁶ Dz.U. Nr 91, poz. 408, ze zm.

⁷ Umowa międzynarodowa - Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284. Oświadczenie Rządowe z dnia 7 kwietnia 1993 r. w sprawie ratyfikacji przez Rzeczpospolitą Polską Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności - Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 285.

W dniu 19 sierpnia 1994 r. Sejm RP uchwalił jednogłośnie ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, która weszła w życie po upływie 3 miesięcy od jej ogłoszenia w dniu 20 października 1994 r., a więc z dniem 21 stycznia 1995 r.⁸.

I. CZĘŚĆ OGÓLNA

1. Charakterystyka kontroli

Najwyższa Izba Kontroli, w okresie od dnia 23 grudnia 1996 r. do dnia 9 maja 1997 r., na zlecenie Komisji Zdrowia Sejmu RP, przeprowadziła kontrolę realizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Nr P/96/094). NIK nie prowadziła dotychczas kontroli w powyższym zakresie.

Celem kontroli było dokonanie oceny funkcjonowania szpitali (oddziałów) psychiatrycznych w zakresie przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w tych szpitalach oraz w zakresie przestrzegania praw pacjentów przymusowo umieszczonych w szpitalach (oddziałach) psychiatrycznych.

Kontrola przeprowadzona została w 36 jednostkach, w tym:

- a) 24 szpitalach psychiatrycznych,
- b) 12 oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych, w tym w 2 klinikach psychiatrycznych akademii medycznych⁹.

Wykaz jednostek objętych kontrolą stanowi załącznik nr 1 do Informacji.

W postępowaniu kontrolnym, w zakresie oceny poziomu żywienia, wykorzystywano wyniki kontroli dokonywanych przez państwowych terenowych inspektorów sanitarnych.

Kontrolą objęto okres od dnia wejścia w życie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, tj. od 21 stycznia 1995 r. do 31 stycznia 1997 r.

W kontroli koordynowanej przez Departament Zdrowia i Kultury Fizycznej uczestniczyło 13 delegatur NIK¹⁰.

⁸ Dz.U. Nr 111, poz. 535, zm. Dz.U. z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 113, poz. 731.

⁹ Akademia Medyczna w Gdańsku i Poznaniu.

¹⁰ Delegatury NIK w: Białymstoku, Bydgoszczy, Gdańsku, Katowicach, Kielcach, Krakowie, Lublinie, Olsztynie, Opolu, Poznaniu, Rzeszowie, Warszawie i we Wrocławiu.

Podstawowe tematy kontroli dotyczyły następujących zagadnień:

- 1) przestrzegania praw pacjentów przy przymusowym przyjmowaniu do szpitala, tzn. w trybie „nagłym i wnioskowym”, na przymusową obserwację oraz w sytuacji przymusowego zatrzymania;
- 2) respektowania praw pacjentów niezdolnych z przyczyn prawnych lub faktycznych do wyrażania zgody przy przyjmowaniu do szpitala;
- 3) przestrzegania praw pacjentów w trakcie postępowania leczniczego;
- 4) stosowania przymusu bezpośredniego;
- 5) przestrzegania innych ustawowo chronionych praw pacjentów, tzn. prawa do kontaktu z osobami z zewnątrz (odwiedziny, kontakty telefoniczne, przepustki), poszanowania godności pacjenta w trakcie badań lekarskich, udostępniania pacjentom na ich żądanie dokumentacji medycznej i ochrona zawartych w niej danych;
- 6) przestrzegania ustanowionych prawem wymagań sanitarnych i technicznych umożliwiających udzielanie świadczeń zdrowotnych;
- 7) współpracy szpitala (oddziału) psychiatrycznego z rodzinami, opiekunami prawnymi oraz faktycznymi osób z zaburzeniami psychicznymi oraz prokuratorem, sądem sprawującym nadzór nad przestrzeganiem praw osób chorych psychicznie, a także z organami administracji rządowej i samorządu terytorialnego w sprawach organizowania oparcia społecznego dla osób, które z powodu choroby psychicznej mają trudności w życiu codziennym;
- 8) działań podejmowanych i prowadzonych w zakresie promocji zdrowia psychicznego;
- 9) funkcjonowania nadzoru wojewodów nad działalnością publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

2. Synteza ustaleń kontroli i ocen kontrolowanej działalności

W trakcie kontroli ustalono, w drodze zasięgnięcia informacji w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, że w Polsce w badanym okresie funkcjonowało 49 szpitali psychiatrycznych oraz 56 oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych (w tym w 9 szpitalach klinicznych), do których w latach 1995 i 1996 łącznie przyjęto 385.848 pacjentów.

1. Z ustaleń kontroli wynika, że:

- liczba osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w latach 1995 i 1996 w 36 badanych jednostkach wynosiła łącznie 134.890. W 1996 r. liczba osób hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych w stosunku do roku poprzedniego wzrosła o 2,1%, a w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych uległa zmniejszeniu o 1%. (Patrz - Tabela 1 i 2);
- w badanym okresie liczba osób przymusowo umieszczonych w szpitalach psychiatrycznych (bez ich zgody na podstawie art. 23 i 24 (przymusowa obserwacja), 28 (przymusowe zatrzymanie) i 29 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego) wynosiła łącznie 11.475, a w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych 388. Największą grupę, zarówno w szpitalach jak i w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych stanowiły osoby przyjęte w trybie nagłym na podstawie art. 23 (tj. 86,5% w 1995 r. i 85,4% w 1996 r. osób przymusowo umieszczonych w szpitalach a w oddziałach odpowiednio 81,6% i 81,3%). W trybie wnioskowym na podstawie art. 29 w szpitalach psychiatrycznych hospitalizowano łącznie 419 osób (tj. 2,8% w 1995 r. i 4,3% w 1996 r. przymusowo umieszczonych w szpitalach), zaś w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych 388 osób (tj. odpowiednio 5,5% i 4%). Patrz - Tabela 3 i 4.

Mała liczba przyjęć chorych psychicznie w trybie wnioskowym do szpitala (oddziału) psychiatrycznego wiązała się z brakiem szczegółowych uregulowań ustawowych dotyczących trybu wnioskowego. Spowodowało to jego wadliwe funkcjonowanie polegające głównie na uchylaniu się części osób (o których mowa w art. 29) od badania przez lekarza i od badania przez biegłego, a także nie zgłaszaniu się tych osób na rozprawę sądową i do szpitala po wydaniu postanowienia przez sąd; fakty te prowadziły do przewlekania się wszystkich etapów postępowania i związanego z tym pogarszania się stanu zdrowia części osób objętych trybem wnioskowym i konieczność hospitalizowania ich w trybie nagłym z powodu bezpośredniego zagrożenia własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.*

* Ustawa z dnia 31 lipca 1997 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. Nr 113, poz. 731) wprowadziła dodatkowe przepisy do poszczególnych artykułów określające kolejne etapy postępowania, na mocy których, w przypadku uchylecia się od badania osoby, o której mowa w art. 29, lekarz psychiatra publicznego zakładu opieki zdrowotnej może zwrócić się do Policji o doprowadzenie tej osoby na badanie a w przypadku gdy uchyla się badaniu przez biegłego sąd może zarządzić doprowadzenie jej do publicznego zoz przez Policję, osoba ta może ponadto być doprowadzona na rozprawę sądową na mocy zarządzenia sądowego. Wojewoda natomiast jest obowiązany zapewnić realizację postanowienia sądowego o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego.

2. Ustalenia dokonane w toku kontroli wykazały, że w 33% badanych jednostek naruszano fundamentalne, z punktu widzenia praworządności, gwarancje służące realizacji praw pacjentów chorych psychicznie przyjętych do szpitala psychiatrycznego i leczonych bez ich zgody, a w szczególności:

- gwarancje sądowo-procesowe; naruszenia te polegały na:

- 1) niepowiadamianiu przez kierownika szpitala sądu opiekuńczego o:

- a) przyjęciu do szpitala osób chorych psychicznie spełniających przesłanki leczenia przymusowego lub o przyjęciu osoby z zaburzeniami psychicznymi, co do której są wątpliwości czy jest chora psychicznie (na przymusową obserwację) - bez ich zgody, bądź wtedy gdy zgoda na przyjęcie została cofnięta, ale zachowanie osoby przyjętej do szpitala wskazywało na to, że z powodu choroby psychicznej zagraża ona bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób (przymusowe zatrzymanie) - w 4 kontrolowanych jednostkach;

- b) złożeniu sprzecznych oświadczeń przez osoby ubezwłasnowolnione lub małoletnie powyżej 16 roku życia - zdolnych do wyrażenia zgody oraz ich przedstawicieli ustawowych, co do faktu przyjęcia ww. osób do szpitala psychiatrycznego uniemożliwiając wyrażenie zgody na przyjęcie do szpitala przez sąd opiekuńczy (w 2 badanych jednostkach);

- 2) nieprzestrzeganiu terminów 72 godzinnych na zawiadomienie, przez kierownika szpitala psychiatrycznego, sądu opiekuńczego miejsca siedziby szpitala o przyjęciu do szpitala na leczenie osób chorych psychicznie, które nie wyraziły na to zgody (w 3 kontrolowanych jednostkach);

- 3) niewypisywaniu niezwłocznie po otrzymaniu postanowienia sądu opiekuńczego o braku podstaw do przyjęcia osoby bez jej zgody do szpitala (oddziału) psychiatrycznego (w przypadku oczywistej bezzasadności pobytu osoby chorej w szpitalu psychiatrycznym) - fakty takie ustalono w 6 jednostkach,

- gwarancje sądowo-kontrolne; naruszenia te polegały na:

- 1) niezawiadamianiu przez kierownika szpitala sądu opiekuńczego o:

- a) wypisaniu ze szpitala psychiatrycznego, na podstawie decyzji ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) osoby chorej psychicznie przebywającej w szpitalu bez zgody (fakty takie stwierdzono w 8 kontrolowanych jednostkach);
 - b) pozostawieniu w 2 szpitalach osoby przebywającej bez jej zgody w przypadku gdy dalszy pobyt w ocenie lekarza jest celowy, a osoba ta wyraziła na to zgodę;
- 2) nieprzedstawianiu sędziemu wizytującemu szpital dokumentacji medycznej pacjenta zawierającej adnotację o poważnych wątpliwościach lekarza, co do zdolności pacjenta do wyrażania zgody na pobyt w szpitalu (*szczegóły, str. 46 i n.*)

Stwierdzone wyżej nieprawidłowości uniemożliwiały sprawowanie sądowej kontroli legalności przyjmowania i przebywania pacjentów w szpitalach (oddziałach) psychiatrycznych. Ujawnione zaś przypadki przetrzymywania w szpitalach pacjentów bez zgody (w sytuacji oczywistej bezzasadności ich pobytu) stanowią przejaw ewidentnego łamania ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Należy nadto wskazać, że wszystkie uchybienia dotyczące niezawiadomienia sądu o przyjęciu chorego do szpitala (oddziału) mogą prowadzić do sytuacji, w których pacjent jest nielegalnie przetrzymywany lub jest zwalniany po krótkim pobycie, chociaż sąd mógłby orzec w stosunku do niego umieszczenie w szpitalu.

- 3. Na podstawie przesłanych przez Prezesów sądów wojewódzkich do badanych jednostek odpisów sprawozdań z przebiegu przeprowadzonej kontroli przez sędziego ustalono, że na 36 skontrolowanych szpitali (oddziałów) psychiatrycznych, w okresie objętym kontrolą (lata 1995-1996), nie przeprowadzano na podstawie art. 43 ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w ogóle kontroli sądowej w 30% kontrolowanych jednostek organizacyjnych (*szczegóły, str. 63-64*).
- 4. W toku kontroli stwierdzono, w 1/3 badanych jednostek, przypadki nierespektowania praw pacjentów z zaburzeniami psychicznymi do wyrażania pisemnej zgody na przyjęcie do szpitala (oddziału) psychiatrycznego bądź stosowanie niektórych świadczeń zdrowotnych. Nieprawidłowości te polegały w przypadku:
 - *przyjęcia do szpitala* - na niezyskiwaniu zgody chorego w formie pisemnego oświadczenia woli, poprzestając na podpisie pacjenta w historii choroby pod klauzulą w brzmieniu: „wyrażam zgodę na leczenie” traktując te formuły jako równoznaczne

i równorzędne z wyrażaniem zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego. Ponadto nie odnotowywano daty wyrażenia pisemnej zgody przez pacjenta bądź jego przedstawiciela ustawowego na przyjęcie i leczenie w szpitalu psychiatrycznym (fakty takie stwierdzono w 9 kontrolowanych jednostkach) - *szczegóły, str. 36-37*;

- *stosowania świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta* (np. elektrowstrząsy) - na niezyskiwaniu odrębnej zgody osoby przyjętej bez zgody lub jej przedstawiciela ustawowego. Dokumentacja medyczna nie zawierała również informacji o niemożności uzyskania takiej zgody - fakty takie stwierdzono w 4 jednostkach (*szczegóły, str.50-51*);
 - *przyjmowania do szpitala osoby niezdolnej do wyrażenia zgody z przyczyn prawnych* - na niezyskaniu (w 6 kontrolowanych jednostkach) pisemnej zgody przedstawiciela ustawowego na pobyt i leczenie w szpitalu zarówno w przypadku osoby małoletniej poniżej 16 roku życia jak i w przypadku osób ubezwłasnowolnionych całkowicie oraz pacjentów małoletnich powyżej 16 roku życia zdolnych do wyrażenia zgody (*szczegóły, s.40 i n.*).
5. Istotne zastrzeżenia budziła praktyka stosowania wobec pacjentów, z naruszeniem zasady legalności, przymusu bezpośredniego. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły w szczególności:
- niewypełniania przez lekarza (w 2 jednostkach) - mimo wymogu ustawowego - „karty zastosowania unieruchomienia lub izolacji”, bądź stosowania (w 10 jednostkach) w tym celu formularza tej karty niezgodnego z wzorem określonym w akcie wykonawczym do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, a mianowicie w rozp. MZiOS z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego - por. przypis 47) ;.
 - nieodnotowywania w „Kartach zastosowania unieruchomienia”:
 - przyczyn i rodzaju unieruchomienia (w 6 badanych jednostkach),
 - czasu jego trwania (w 1/3 kontrolowanych jednostek),
 - nazwisk osób zlecających i przedłużających zastosowanie przymusu (w 4 jednostkach);

- nieodnotowywania (w 8 jednostkach) w dokumentacji medycznej pacjenta zlecenia zastosowania lub przedłużenia przymusu wraz z opisem przyczyn i okoliczności zastosowania przymusu, jego rodzaju i czasu trwania;
- lakonicznych, nie wskazujących na występowanie ustawowych przesłanek, uzasadnień przyczyn stosowania przymusu bezpośredniego (w 6 jednostkach);
- dokonywania (w 7 jednostkach) przez pielęgniarki dyżurne kontroli stanu fizycznego pacjenta unieruchomionego rzadziej niż co 15 minut, w skrajnych przypadkach co 4,5 godz.;
- stosowania (w 13 jednostkach) przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia na okres dłuższy niż 4 godziny bez osobistego badania pacjenta przez lekarza i przedłużania go na okresy 6 godzinne;
- niepowiadamiania kierownika szpitala o niektórych przypadkach zastosowania przymusu bezpośredniego przez zatrudnionych w szpitalu lekarzy, uniemożliwiając tym samym dokonanie kontroli zasadności użycia przemocy, bądź powiadamianie go z opóźnieniem, uniemożliwiając mu dokonanie ww. kontroli w ciągu 3 dni od momentu zastosowania przymusu (fakty takie stwierdzono w 12 kontrolowanych jednostkach);
- niedokumentowania - w 1/3 badanych jednostek - w żadnej pisemnej formie obowiązkowej czynności uprzedzania pacjenta o zamiarze zastosowania przymusu bezpośredniego bądź odmowy pacjenta na inne nie przymusowe formy postępowania.

W związku z badaniem praktyki stosowania środków przymusu bezpośredniego stwierdzono występowanie w większości jednostek stanu zagrożenia w czasie pracy. Fakt ten należy łączyć z brakiem środków na zatrudnienie odpowiedniej liczby sanitariuszy, którzy mogliby pełnić ciągły dyżur na wypadek agresywnego zachowania się pacjentów. Ustalono także, że wobec braku, przynajmniej wzorcowego, programu szkolenia w zakresie sposobów stosowania przymusu bezpośredniego i warunków jego realizacji badane jednostki albo w ogóle nie podejmowały takich szkoleń, albo ograniczały je do edukacji teoretycznej (*szczegóły, str. 65-74*).

6. Kontrola wykazała nieprawidłowości polegające na:

- a) niewywiązywaniu się lekarzy z ustawowego obowiązku odnotowywania w dokumentacji medycznej osób hospitalizowanych bez zgody czynności dotyczących:
- wyjaśnienia choremu psychicznie przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody (w 30 badanych jednostkach) bądź na przymusową obserwację (10) bądź zatrzymania w szpitalu bez jego zgody (9) i poinformowania go o jego prawach przez lekarza przyjmującego osobę do szpitala. Niewykonanie tego obowiązku z powodu stanu pacjenta, jego zdolności percepcji i zrozumienia nie było również odnotowywane w dokumentacji medycznej pacjenta; zwrócić należy uwagę, że formularz historii choroby pacjenta nie ma odpowiedniej rubryki dotyczącej pouczenia pacjenta o jego prawach;
 - zasięgnięcia, w miarę możliwości, opinii drugiego lekarza psychiatry przed podjęciem decyzji o przyjęciu do szpitala osoby chorej psychicznie bez zgody, przez lekarza wyznaczonego do tej czynności. W dokumentacji nie odnotowano również faktu niemożności uzyskania ww. opinii (w 8 badanych jednostkach);
 - zatwierdzania decyzji lekarza przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia pacjenta bez jego zgody, przymusowego zatrzymania, bądź przyjęcia na przymusową obserwację i zawiadomienia o powyższym kierownika szpitala (w 18 jednostkach);
 - zawiadomienia sądu opiekuńczego miejsca siedziby szpitala przez kierownika szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia do szpitala osoby chorej psychicznie bez zgody (w 11 jednostkach), na przymusową obserwację (3), przymusowego zatrzymania - 1 (tj. o zmianie statusu pacjenta przyjętego za zgodą, który potem odmówił zgody na dalszy pobyt i leczenie w szpitalu);
 - zawiadomienia sądu (w 12 jednostkach) o wypisaniu ze szpitala pacjenta przyjętego bez zgody, na przymusową obserwację (2) i przymusowo zatrzymanego (4);
 - opisanie i uzasadnienie (w 6 jednostkach) przez lekarza kierującego oddziałem przy wypisywaniu pacjenta ze szpitala, okoliczności wskazujących iż ustąpiły przyczyny przymusowego przyjęcia i zatrzymania w szpitalu (tj. bezpośrednie zagrożenie życia tej osoby albo życie lub zdrowia innych osób);

- zawiadomienia sądu opiekuńczego o zmianie statusu pacjenta przyjętego bez zgody po wyrażeniu przez niego zgody na pobyt i leczenie w szpitalu (w 7 jednostkach);
 - odnotowywania faktu poważnych wątpliwości lekarzy, co do zdolności wyrażania zgody na przyjęcie do szpitala przez osobę z zaburzeniami psychicznymi;
- b) nieprzestrzeganiu (w 3 jednostkach) 7-dniowego terminu zatrzymania osoby z zaburzeniami psychicznymi przyjętej na przymusową obserwację w celu definitywnego rozstrzygnięcia problemu diagnostycznego - wykluczenia lub rozpoznania choroby psychicznej, będącej podstawą do przymusowego zatrzymania i leczenia bez zgody w szpitalu psychiatrycznym. W opinii lekarzy okres 7 dni w niektórych przypadkach okazał się zbyt krótki i niewystarczający dla ostatecznego ustalenia rozpoznania* ;
- c) nieprowadzeniu (w 8 kontrolowanych jednostkach) przez lekarza kierującego oddziałem szpitala psychiatrycznego rejestru osób przyjętych do szpitala: a) bez zgody, b) bez zgody, jeżeli zgoda na pobyt została potem wyrażona na oddziale szpitala, c) niezdolnych do wyrażenia zgody, d) w przypadku poważnych wątpliwości, co do zdolności wyrażenia zgody;
- d) niestosowaniu wzorów formularzy określonych w akcie wykonawczym do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (por.rozp. MZiOS z dnia 23 listopada 1995 r., o którym mowa w przypisie 32) dotyczących:
- skierowania do szpitala psychiatrycznego,
 - zawiadomienia kierownika szpitala psychiatrycznego o przyjęciu do szpitala osoby chorej psychicznie bez jej zgody przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem),
 - powiadamiania sądu opiekuńczego o: a) przyjęciu osoby bez zgody, b) wyrażeniu zgody na dalszy pobyt w szpitalu przez osobę, która została przyjęta bez zgody, c) wypisaniu osoby przyjętej bez zgody.
7. Z materiałów kontroli wynika także, że nie przestrzegano innych praw pacjenta z zaburzeniami psychicznymi. Nieprawidłowości te polegały zwłaszcza na ograniczaniu prawa pacjenta z zaburzeniami psychicznymi do:
- dostępu do jego dokumentacji medycznej (*szczegóły, str. 80*);

- kontaktu telefonicznego z osobami z zewnątrz (w 16 badanych jednostkach), które to ograniczenie wynikało bądź z braku telefonów, bądź zbyt małej ich liczby w stosunku do liczby użytkowników bądź na takim ich usytuowaniu, że pacjenci praktycznie nie mogli z nich skorzystać (*szczegóły, str. 76*);

8. W toku kontroli ustalono ponadto, że w badanych jednostkach sporadycznie:

- nie zabezpieczono należycie dokumentacji medycznej pacjentów (a więc jej poufności i ochrony przed zabrudzeniem, zniszczeniem lub zagubieniem) - *szczegóły, str. 83*;
- nie udostępniano regulaminu porządkowego szpitala do swobodnego zapoznania się z jego treścią. Regulaminy porządkowe niektórych szpitali nie w pełni odzwierciedlały przysługujące pacjentom prawa wynikające z postanowień ustaw: o zakładach opieki zdrowotnej i o ochronie zdrowia psychicznego (*szczegóły, str. 85*);
- nie przestrzegano przepisów w sprawach przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków, a w jednym przypadku wykluczono wręcz w regulaminie szpitala możliwość złożenia skarg i wniosków przez pacjenta oraz uzyskania na nie odpowiedzi, zaś rady nadzorcze szpitali, mimo ustawowego obowiązku, nie dokonywały analiz skarg i wniosków pacjentów szpitali psychiatrycznych (*szczegóły, str. 87 i 88*);

W większości szpitali (oddziałów) psychiatrycznych, do których wpłynęły skargi i wnioski, były one ewidencjonowane w odrębnym rejestrze skarg i przechowywane w sposób ułatwiający kontrolę przebiegu i terminów załatwiania poszczególnych skarg i wniosków. Po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego, zainteresowani otrzymali odpowiedzi w ciągu jednego miesiąca od daty ich wysłania. Dyrektorzy szpitali przyjmowali w sprawach skarg i wniosków we wszystkie dni robocze w wyznaczonych godzinach. W tej sprawie zapewniono informację wizualną. Rady Nadzorcze szpitali dokonywały raz w roku oceny sposobu przyjmowania i załatwiania skarg i wniosków.

9. W trakcie kontroli nie stwierdzono przypadków naruszenia prawa pacjentów do korespondencji i do kontaktu z osobami z zewnątrz w formie odwiedzin osób bliskich oraz

* Po zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (dokonanej ustawą z dnia 31 lipca 1997 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. Nr 113, poz.731) czas przymusowej obserwacji został

opieki nad pacjentem przez bliskich, a także do opieki duszpasterskiej. Korespondencja nie była kontrolowana przez personel szpitala. Mimo formalnych ograniczeń regulaminowych - powszechnie stosowano odstępstwa od wyznaczonych godzin odwiedzania rozumiejąc terapeutyczne znaczenie kontaktu chorego z osobami najbliższymi.

10. Ustalenia kontroli wskazują, że w badanym okresie, na 36 skontrolowanych jednostek organizacyjnych aż w 25 z nich przebywali, pomimo braku przesłanek medycznych, pacjenci tzw. rezydenci powodując obciążenie finansowe placówek lecznictwa psychiatrycznego, a także ograniczając dostęp do opieki medycznej osobom rzeczywiście jej potrzebującym. Grupa ww. pacjentów w niektórych szpitalach przekraczała 25% ogółu pacjentów, a okres pobytu tych osób wynosił od 1 roku do 32 lat (*szczegóły str. 89, por. także Tabele 1 i 2*).

Stan ten obnaża słabości systemu pomocy społecznej w Polsce. Zadań tego systemu nie przejął także - będący w fazie organizacyjnej - system oparcia społecznego przewidziany w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Powstają także dylematy prawne wokół sytuacji osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych ze względów społecznych, w odniesieniu do uprawnień do bezpłatnego leczenia. W świetle art. 23 ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej pacjent, którego stan nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego, ponosi koszty pobytu niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń określonych w przepisach odrębnych. W trakcie kontroli stwierdzono, że tzw. rezydenci byli traktowani tak samo jak pacjenci wymagający leczenia. (*szczegóły, str. 91*). Najwyższa Izba Kontroli ma świadomość delikatności i dwoistości ocen tej materii, jako że dla części pacjentów - z uwagi na ich sytuację osobistą - szpital jest po prostu domem, gwarantującym im oparcie socjalne i medyczne.

11. W wyniku przeprowadzonych w trakcie kontroli oględzin stwierdzono, że stworzone w szpitalach (oddziałach) psychiatrycznych warunki bytowe, w jakich udzielane były pacjentom świadczenia zdrowotne, wyznaczane są poziomem możliwości finansowych szpitali. Warunki te we wszystkich kontrolowanych jednostkach organizacyjnych nie były adekwatne do potrzeb i odbiegały od ustalonych norm określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i

urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (por. przypis 57). Najczęściej występujące uchybienia dotyczyły nadmiernego zagęszczenia pomieszczeń szpitalnych. W 88% oddziałów kontrolowanych jednostek powierzchnia przypadająca na 1 łóżko była mniejsza od wymaganych 6 m² i najczęściej wahała się od 2,9 do 3,9 m². Stan ten spowodowany jest m.in. rosnącą stale liczbą osób chorych psychicznie lub wymagających opieki psychiatrycznej, pobytem w szpitalu osób z przyczyn pozamedycznych oraz brakiem środków na modernizację pomieszczeń szpitalnych lub zwłaszcza w szpitalach zajmujących stare budynki - brakiem technicznych możliwości przebudowy wnętrza. Inne odstępstwa polegały na braku dostatecznej powierzchni i wyposażenia pokoi do badań lekarskich, pomieszczeń pomocniczych, jak np. pokoje do spożywania posiłków oraz niewystarczającej ilości urządzeń sanitarnych w stosunku do liczby pacjentów przebywających w oddziałach i liczby personelu w 59% badanych szpitali (koedukacyjne sanitariaty i łazienki, brak umywalek w przedsionkach sanitariatów, kabiny bez osłon nie gwarantujące prywatności, brak osobnych toalet dla personelu (*szczegóły, str. 93*).

12. Badając poziom wyżywienia pacjentów ustalono, że w 1995 r. stawka żywieniowa średnio wynosiła **2,70 zł** i aż w 56% szpitali była niższa od tej wartości średniej. W 1996 r. - stawka średnio wynosiła **3,16 zł**, przy czym w 41% szpitali była niższa od tej wartości. Jest to stawka b. niska, zważywszy, że pacjenci szpitali psychiatrycznych są przeważnie zdrowi somatycznie (fizycznie) i potrzebują normalnych ilości jedzenia. Podkreślić należy, że wielu pacjentów nie posiada pieniędzy na zakup jedzenia lub nie są odwiedzani przez rodzinę i nie otrzymują paczek żywnościowych.

Przyjęta w niektórych szpitalach praktyka udostępniania pacjentom do spożywania posiłków tylko łyżek uchybia godności człowieka. Trudno uznać, aby taka praktyka służyła poprawie bezpieczeństwa (*szczegóły, str. 96-99*).

13. Mimo, że ustawodawca traktuje promocję zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym jako szczególnie ważny element ochrony zdrowia psychicznego, to podejmowane przez większość szpitali (oddziałów) psychiatrycznych działania należy ocenić jako nie w pełni satysfakcjonujące. Nie bez wpływu na poziom tej działalności miał fakt wejścia w życie dopiero 1 stycznia 1997 r. rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 20 sierpnia 1996 r. w sprawie sposobu organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, Dz. U. Nr 112, poz. 537, tj. po upływie 2 lat od wejścia w życie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego zobowiązującej do wydania tego aktu, a także (co potwierdzają wyniki

kontroli) brak środków finansowych na tego typu działalność. W tym kontekście na szczególne pozytywne podkreślenie zasługuje fakt prowadzenia tej działalności na wysokim poziomie przez niektóre badane jednostki (*szczegóły, str.99*).

3. Uwagi i wnioski

Stwierdzony w toku kontroli stan faktyczny wskazuje na potrzebę podjęcia w szczególności następujących działań przez:

- **Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej:**

- opracowanie rządowego programu poprawy warunków leczenia w szpitalach psychiatrycznych, skorelowanego z wprowadzaną siecią szpitali psychiatrycznych i podjęcie działań zmierzających do zapewnienia środków na jego realizację,
- opracowanie programu szkolenia w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego i warunków jego realizacji oraz uwzględniającego bezpieczeństwo pracy personelu medycznego szpitala (oddziału) psychiatrycznego,
- dostosowanie obowiązującej treści formularzy dokumentacji medycznej pacjenta do wymagań ustawy o ochronie zdrowia psychicznego;

- **Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Wojewodów:**

- wywiązywanie się z ustawowego obowiązku dokonywania okresowych kontroli warunków, w jakich udzielane są świadczenia zdrowotne w utworzonych i finansowanych przez nich zakładach opieki psychiatrycznej oraz dokonywanie ocen działalności szpitali psychiatrycznych, a także pracy ich kierowników;
- poprawę warunków bytowych i żywienia w szpitalach psychiatrycznych, a także eliminację odstępstw od obowiązujących wymagań fachowych i sanitarnych ;
- upowszechnianie ustawowo chronionych praw pacjentów szpitali psychiatrycznych w ogólnodostępnych mediach oraz rozwinięcie działań na rzecz promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym w ramach realizacji rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 20 sierpnia 1996 r. zapewniając na ten cel odpowiednie środki finansowe;
- realizowanie przez rady nadzorcze szpitali psychiatrycznych ustawowo określonych zadań, a w szczególności dokonywania okresowych analiz skarg i wniosków

użytkowników zakładu, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu;

- wykorzystywanie instytucji rad nadzorczych (a w przyszłości rad społecznych) jako źródła informacji o przestrzeganiu praw pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w publicznych zakładach opieki psychiatrycznej;

- **Wojewodów:**

- zintensyfikowanie działań na rzecz tworzenia domów pomocy społecznej i systemu oparcia społecznego, w tym środowiskowych domów pomocy społecznej celem zapewnienia bezpieczeństwa socjalnego osobom chorym psychicznie i upośledzonym umysłowo;

- **Ministra Sprawiedliwości**

- zapewnienie należytego wykonywania przez sądy opiekuńcze dodatkowych zadań nałożonych na te sądy przez przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, a zwłaszcza kontroli nad przestrzeganiem statusu prawnego pacjentów oraz warunków w jakich te osoby przebywają. Kontrole takie powinny objąć w szczególności te szpitale, w których w ciągu dwuletniego obowiązywania ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nie przeprowadzono żadnej kontroli;

- **Ministra Łączności:**

- spowodowanie rozważenia przez Prezesa Zarządu Telekomunikacji Polskiej S.A. możliwości wcześniejszego przydzielania szpitalom psychiatrycznym niezbędnej liczby łączy telefonicznych oraz instalowania ogólnodostępnych aparatów telefonicznych celem zapewnienia ustawowo chronionego prawa pacjenta do kontaktu telefonicznego z osobami z zewnątrz;

- **Kierowników publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej:**

- realizowanie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego zapewniających ochronę praw pacjentów,
- egzekwowanie od zatrudnionego personelu przestrzegania ustawowo chronionych praw pacjenta z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza zaś tych, których realizacja zależy wyłącznie od charakteru relacji pacjent - lekarz/pielegniarka oraz

dokumentowanie wywiązywania się z obowiązków ustawowo określonych, a także prawidłowego odnotowywania we wszystkich prawem wymaganych dokumentach lekarskich i pielęgniarskich stosowanie przymusu bezpośredniego,

- zapewnienie ochrony interesów psychicznie chorych i upośledzonych umysłowo poprzez czuwanie nad prawidłowym wykonywaniem obowiązków przez przedstawicieli ustawowych tych osób,
- uwzględnienie w planach finansowych wydatków związanych z remontami i przedsięwzięciami organizacyjnymi, które poprawiłyby warunki przebywania chorych w szpitalu, zapewniające w szczególności pomieszczenia i urządzenia odpowiednie pod względem fachowym i sanitarnym,
- podejmowanie działań w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym,
- występowanie do Telekomunikacji Polskiej S.A. z wnioskami o zainstalowanie odpowiedniej liczby ogólnodostępnych automatów telefonicznych;

De lege ferenda nasuwają się postulaty ustawowego uregulowania m.in. następujących kwestii:

- odpłatności za leczenie, leki i artykuły sanitarne, pomieszczeń i wyżywienia osób nie wymagających leczenia szpitalnego, a przebywających w szpitalu psychiatrycznym ze względów pozamedycznych w związku z art. 23 ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, który stanowi, że pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego ponosi koszty pobytu w szpitalu począwszy od terminu określonego przez kierownika szpitala niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń określonych w przepisach odrębnych,
- uprawnień do bezpłatnych świadczeń szpitalnych pacjenta z zaburzeniami psychicznymi, przyjętego do szpitala psychiatrycznego bez zgody wtedy, gdy zagraża on bezpośrednio swojemu życiu, bądź życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest on chory psychicznie (przymusowa obserwacja) w związku z art. 10 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, który przewiduje udzielanie bezpłatnych świadczeń zdrowotnych dwóm kategoriom osób z zaburzeniami psychicznymi, tj. osobom chorym psychicznie i upośledzonym umysłowo przez publiczne zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz zapewnienie im w szpitalu psychiatrycznym bezpłatnych leków, artykułów

sanitarnych, pomieszczeń i wyżywienia. Przepis ten ogranicza bezpłatność do dwóch kategorii osób, nie obejmuje zaś osób wykazujących inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zalicza się do zaburzeń psychicznych.

* * *

Wyniki kontroli wskazują, że stan wdrażania ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i poziom przestrzegania praw pacjenta z zaburzeniami psychicznymi jest rezultatem braku odpowiednich nakładów finansowych (gwarancji materialnych) decydujących o zakresie stosowania przepisów oraz zaniedbań samych pracowników służby zdrowia. Realizacji ustawy nie sprzyjały także wyznawane przez niektórych pracowników poglądy, w myśl których specyfika leczenia psychiatrycznego utrudnia przestrzeganie wszystkich tych praw, które przysługują pacjentom szpitali ogólnych. Ma to uzasadniać odstępowanie w praktyce od stosowania niektórych przepisów obowiązującej ustawy.

Zdaniem Najwyższej Izby Kontroli nie istnieją przesłanki ani prawne, ani inne merytoryczne uzasadniające niestosowanie powyższych przepisów lub też stosowanie ich w ograniczonym zakresie w stosunku do pacjentów szpitali psychiatrycznych. Wręcz przeciwnie. NIK wyraża pogląd, że należy szczególnie respektować prawa i gwarancje osób chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo, ponieważ one same - z powodu stanu zdrowia - nie potrafią o nie dbać. Należy w tym miejscu odnotować, że z takim poglądem identyfikuje się, mimo stwierdzonych w toku kontroli nieprawidłowości, większość personelu szpitali (oddziałów) psychiatrycznych.

II. CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA

1. Charakterystyka stanu prawnego w zakresie kontrolowanej działalności

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego¹¹, zwana w dalszej treści „ustawą o OZP”, zawiera preambułę (nawiązującą do art. 23 Kodeksu cywilnego)¹², z której wynika, że „**fundamentalnym dobrem osobistym człowieka jest zdrowie psychiczne**”. Preambuła stanowi również (nawiązując do konstytucyjnego obowiązku państwa

¹¹ Patrz - przypis 8.

ochrony praw wszystkich osób), że „**ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa**”.

Zakres ochrony dóbr osobistych człowieka określa art. 24 k.c. Z treści art. 24 § 1 k.c.¹³ wynika m.in., że ten czyje dobro osobiste zostało naruszone może na zasadach przewidzianych w Kodeksie „żądać zadośćuczynienia pieniężnego lub zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny”; art. 24 § 2 k.c. stanowi zaś, że jeżeli wskutek naruszenia dobra osobistego została wyrządzona szkoda majątkowa, poszkodowany może żądać jej naprawienia na zasadach ogólnych.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego nie zdefiniowała pojęcia zdrowia psychicznego i choroby psychicznej. Pojęcie zdrowia psychicznego nie ma jeszcze jednoznacznie ustalonego zakresu, zaś zdefiniowanie choroby psychicznej jest wyjątkowo trudne, wobec m.in. zmieniających się, wraz z upływem czasu, kryteriów ocennych a także pojawienia się nowych rodzajów zaburzeń psychicznych, związanych z systemem pracy, stresami oraz uwarunkowaniami socjologicznymi współczesnego życia¹⁴.

W ustawie o OZP określone lub zdefiniowane zostały natomiast w sposób szczególny dla jej stosowania, podstawowe pojęcia, do których należą: ochrona zdrowia psychicznego, osoba z zaburzeniami psychicznymi, szpital psychiatryczny, dom pomocy społecznej, zgoda pacjenta.

Z treści art. 2 ustawy o OZP wynika, że „**ochrona zdrowia psychicznego**” polega w szczególności na:

- 1) promocji zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym. Sposób organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia i zapobiegania zaburzeniom psychicznym określiła Rada Ministrów w rozporządzeniu z dnia 20 sierpnia 1996 r.¹⁵, które weszło w życie z dniem 1 stycznia 1997 r.;

¹² Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U. Nr 16, poz. 93 ze zm.).

¹³ Art. 23 w brzmieniu ustalonym przez art. 1 pkt 1 ustawy z dnia 23 sierpnia 1996 r. o zmianie ustawy Kodeks cywilny, która weszła w życie z dniem 28 grudnia 1996 r. (Dz.U. Nr 114, poz. 542) zawiera przykładowy katalog dóbr osobistych człowieka, w którym m.in. wymienione jest „zdrowie”.

¹⁴ Rekomendacja 818 (1977)¹ dotycząca sytuacji osób psychicznie chorych przyjęta przez Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy 8 października 1977 r. zawarta w publikacji pt. „Prawa pacjentów i problemy etyczne współczesnej medycyny w dokumentach Rady Europy, wyd. Helsińska Fundacja Praw Człowieka, s. 14.

¹⁵ Dz.U. Nr 112, poz. 537.

- 2) zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy, niezbędnych dla życia w środowisku rodzinnym i społecznym,
- 3) kształtowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

Na podstawie art. 6 ustawy o OZP, wojewoda - zgodnie z potrzebami wynikającymi w szczególności z liczby i struktury społecznej ludności województwa:

- a) tworzy i prowadzi zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej w ramach docelowej sieci tych zakładów określonej przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. Minister ten, na podstawie art. 55 ust. 1 ustawy o OZP, opracował docelową sieć publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej¹⁶. W dokumencie tym określono zmiany w stosunku do obecnej sytuacji w liczbie i wielkości placówek opieki całodobowej (szpitalnej) i środowiskowej polegające na programie dostępności i zróżnicowania opieki całodobowej przez zagęszczenie sieci oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych i redukcję łóżek przede wszystkim w dużych szpitalach oraz na poprawie dostępności opieki środowiskowej,
- b) organizuje usługi i domy pomocy społecznej adekwatne do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi.

W celu zapewnienia bezpieczeństwa socjalnego osobom chorym psychicznie, które nie mogą uzyskać wystarczającego wsparcia w rodzinie lub środowisku lokalnym (gminie), Minister Pracy i Polityki Socjalnej w porozumieniu z Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej określił docelową sieć domów pomocy społecznej dla tych osób oraz środowiskowych domów samopomocy. Wyżej wymieniony dokument, wydany na podstawie art. 55 ust. 2 ustawy o OZP, przewiduje zwiększenie dotychczasowej bazy stacjonarnych domów pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych.

¹⁶ Por. opracowanie pt. „Docelowa sieć publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej”. Publikacja ta została rozesłana i jest do wglądu we właściwych do spraw ochrony zdrowia komórkach organizacyjnych urzędów wojewódzkich, Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej - jak wynika z Komunikatu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 stycznia 1997 r. - Dz.Urz. MZiOS Nr 2, poz. 5.

Użyte w art. 3 pkt 3 ustawy o OZP określenie „**dom pomocy społecznej lub środowiskowy dom samopomocy**” odnosi się również do wszelkich innych form pomocy instytucjonalnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Domy pomocy społecznej, zwane dalej w skrócie „DPS”, są tworzone i prowadzone na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej¹⁷, zwanej dalej „ustawą o pomocy społecznej” (art. 12 ust. 1 pkt 2, art. 6, 19, 20 i 35), a także rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 2 lutego 1993 r. w sprawie domów pomocy społecznej¹⁸, zwanym dalej „rozp. MPiPS”. DPS-y są tworzone przez wojewodę jako państwowe jednostki lub zakłady budżetowe (§ 1 ust. 1 rozp. MPiPS). Zapewniają one całodobową opiekę oraz zaspokajają niezbędne potrzeby bytowe, zdrowotne, edukacyjne, społeczne i religijne (art. 20 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej). Zasady organizacji i funkcjonowania DPS powinny uwzględniać stopień fizycznej i psychicznej sprawności mieszkańców, ich prawo do intymności, godnego życia i wyboru stylu życia (§ 5 ust. 1 rozp. MPiPS).

Z treści art. 6 pkt 2 ustawy o OZP wynika, że osoby z zaburzeniami psychicznymi powinny przebywać w DPS-ach dostosowanych do szczególnych potrzeb takich osób, zaś rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 grudnia 1995 r. w sprawie psychiatrycznych świadczeń zdrowotnych w domach pomocy społecznej i w środowiskowych domach samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi¹⁹, wydane na podstawie art. 9 ust. 3 ustawy o OZP, przewiduje że zapewniają one: psychiatryczną opiekę zdrowotną, rehabilitację leczniczą, w tym terapię zajęciową, socjoterapię i psychoterapię oraz stałą opiekę pielęgniarki przeszkolonej w opiece nad osobami z zaburzeniami psychicznymi.

Podstawowe dla ustawy o OZP pojęcie „**osoby z zaburzeniami psychicznymi**” zostało określone w art. 3 pkt 1 tej ustawy i obejmuje 3 kategorie osób: osoby chore psychicznie, osoby upośledzone umysłowo oraz osoby wykazujące inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej - zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki, niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym. Wyodrębnienie trzech kategorii podmiotów z ogólnej zbiorowości osób z zaburzeniami psychicznymi wiąże się

¹⁷ Dz.U. z 1993 r. Nr 13, poz. 60; z 1994 r. Nr 62, poz. 265; z 1996 r. Nr 100, poz. 459 i Nr 147, poz. 687 oraz z 1997 r. Nr 28, poz. 153.

¹⁸ Dz.U. Nr 13, poz. 63 i Nr 88, poz. 410. Należy odnotować, że z dniem 27 maja 1997 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 kwietnia 1997 r. w tej sprawie, Dz.U. Nr 44, poz. 277.

z tym, że poszczególne przepisy ustawy o OZP dotyczą tylko niektórych kategorii osób. Np. przepisy o przyjmowaniu do szpitala i leczeniu bez zgody pacjenta dotyczą tylko osób chorych psychicznie (art. 23 i 29 ustawy o OZP), niektóre zaś odnoszą się wyłącznie do osób upośledzonych umysłowo (art. 7 ustawy o OZP), inne - zarówno do osób chorych psychicznie, jak i upośledzonych umysłowo (art. 8, 10, 16, 17, 38). Natomiast ilekroć przepis ustawy o OZP nie określa w sposób szczególny kręgu podmiotowego, którego dotyczy, oznacza to, iż odnosi się do wszystkich kategorii osób, które objęto pojęciem „osoby z zaburzeniami psychicznymi”. Znaczna ilość przepisów ustawy o OZP odnosi się do tej najszerzej grupy (większość przepisów rozdziału 1 i 2 ustawy oraz m.in. przepisy o ochronie tajemnicy).

Zakres **pojęcia „szpital psychiatryczny”** (art. 3 pkt 2 ustawy o OZP) obejmuje: szpital psychiatryczny, oddział psychiatryczny w szpitalu ogólnym, klinikę psychiatryczną w akademiach medycznych i instytutach naukowo-badawczych, sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz inne zakłady opieki zdrowotnej sprawujące całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową, niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje. Pojęcie to odnosi się również do oddziałów psychiatrycznych w tzw.: resortowej służbie zdrowia (obrony narodowej, komunikacji, spraw wewnętrznych i sprawiedliwości).

Szpital psychiatryczny jest zakładem opieki zdrowotnej, przeznaczonym dla osób potrzebujących całodobowych świadczeń w odpowiednim pomieszczeniu (art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej²⁰, zwanej dalej „ustawą o ZOZ”). Funkcjonujące obecnie w Polsce szpitale psychiatryczne są publicznymi zakładami opieki zdrowotnej tworzonymi i utrzymywanymi ze środków publicznych przez podmioty wymienione w art. 8 pkt 1-3 ustawy o ZOZ, tj. naczelne i centralne organy administracji państwowej, wojewodów, gminy i związki międzygminne (art. 33 ust. 1 ustawy o ZOZ). Sprawują one opiekę zdrowotną w wyznaczonym obwodzie szpitalnym. Osobom zamieszkałym w obwodzie szpitala przysługuje pierwszeństwo uzyskania świadczeń przed innymi osobami (art. 38 ust. 3 ustawy o ZOZ). Organizację wewnętrzną szpitala - określa statut nadany przez podmiot, który go utworzył (art. 11 ustawy o ZOZ). W świetle postanowień art. 10 ustawy o OZP publiczne zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej udzielają bezpłatnych świadczeń zdrowotnych dwóm kategoriom osób z zaburzeniami psychicznymi, tj. osobom chorym psychicznie i upośledzonym umysłowo, zapewniając im

¹⁹ Dz.U. z 1996 r. Nr 5, poz. 38.

²⁰ Patrz - przypis 6.

także w szpitalu psychiatrycznym bezpłatne leki, artykuły sanitarne, pomieszczenia i wyżywienie.

Zakres praw i obowiązków pacjentów przebywających w zakładzie opieki zdrowotnej określa regulamin porządkowy zakładu, zatwierdzony przez radę nadzorczą (art. 46 pkt 3 ustawy o ZOZ). Szpital psychiatryczny obowiązany jest prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń szpitala i zapewnić ochronę danych dotyczących stanu zdrowia i sposobu leczenia pacjenta (art. 18 ust. 1 i 2 ustawy o ZOZ). Rodzaje dokumentacji medycznej i sposób jej prowadzenia oraz szczegółowe warunki jej udostępniania określa rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 grudnia 1992 r.²¹.

Ustawa o ZOZ zapewniła po raz pierwszy w polskim ustawodawstwie pełny dostęp pacjenta do jego dokumentacji medycznej przechowywanej w zakładzie opieki zdrowotnej. Art. 18 ust. 3 pkt 1 tej ustawy nakłada na zakład obowiązek udostępniania, za pośrednictwem lekarza prowadzącego, dokumentacji medycznej pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej. Wyżej wymienione osoby mogą również wystąpić do zakładu o sporządzenie odpisów z dokumentacji zewnętrznej zakładu. Sporządzenie wyciągów i odpisów następuje na koszt pacjenta (§ 53 ust. 2 ww. rozporządzenia). Zgodnie z art. 18 ust. 5 ustawy o ZOZ w razie umyślnego ujawnienia danych podlegających ochronie przez osoby zatrudnione w zakładzie, działające na jego zlecenie lub dokonujące czynności kontrolnych, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę pieniężną tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

Najważniejsze znaczenie dla stosowania ustawy o OPZ ma zdefiniowane w art. 3 pkt 4 tej ustawy **pojęcie „zgody”** wyrażanej przez osobę z zaburzeniami psychicznymi. W odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi pojęcie to zostało określone w sposób szczególny.

Przez „zgode”, w rozumieniu ustawy o OZP, rozumie się „swobodnie wyrażoną zgodę osoby z zaburzeniami psychicznymi, która - niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego - jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania”. Art. 3 pkt 4 ustawy o OZP przewiduje własne kryteria ocenne skuteczności

²¹ Dz.U. z 1993 r. Nr 3, poz. 13, zm.: 1994 r. Nr 56, poz. 234.

wyrażonej przez osobę z zaburzeniami psychicznymi zgody niezależnie od kryterium zawartego w art. 82 Kodeksu cywilnego²². Zdefiniowanie pojęcia „zgody” w ustawie o OZP było konieczne w związku z brzmieniem art. 82 k.c.²³. Ważność oświadczeń woli składanych przez takie osoby mogłaby być często poddawana w wątpliwość. Kwestionowanie zaś zdolności do wyrażania świadomej zgody oparte jest na błędnym domniemaniu²⁴, że każda osoba z zaburzeniami psychicznymi znajduje się w stanie wyłączającym świadome lub swobodne powzięcie decyzji. Taka tendencja prowadziłaby do merytorycznie nieuzasadnionego, a przez to rażącego ograniczenia podmiotowości i autonomii pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.

Z treści art. 3 pkt. 4 ustawy o OZP wynika, że oświadczenie osoby z zaburzeniami psychicznymi o wyrażeniu zgody powinno być obligatoryjnie poprzedzone przystępnym poinformowaniem tej osoby przez lekarza o wszystkich okoliczności, których to oświadczenie dotyczy. Wyżej wymieniona osoba musi być świadoma faktu i celu przyjęcia do szpitala (oddziału) psychiatrycznego, stanu swego zdrowia, proponowanych czynności diagnostycznych i leczniczych oraz dających się przewidzieć skutków tych działań lub ich zaniechania dla zdrowia. Ponadto wyrażenie zgody powinno być oczywiste w treści, tzn. określać w sposób jednoznaczny czego dotyczy.

Stosownie do treści art. 22 ust. 2 ustawy o OZP w przypadku poważnych wątpliwości co do tego, czy osoba z zaburzeniami psychicznymi jest rzeczywiście zdolna do wyrażenia zgody fakt ten odnotowuje się w dokumentacji medycznej, którą przedstawia się sędziemu wizytującemu szpital. Sędzia wizytujący szpital po zapoznaniu się z przedstawioną mu dokumentacją medyczną oraz na podstawie bezpośredniego kontaktu z osobą przyjętą do szpitala (§ 4 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 lutego 1995 r. w sprawie kontroli przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej²⁵) ocenia czy zgoda tej osoby czyni zadość wymaganiom art. 3 pkt. 4 ustawy o OZP.

²² Patrz - przypis 2.

²³ Art. 82 k.c. stanowi „Nieważne jest oświadczenie woli złożone przez osobę, która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome lub swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli. Dotyczy to w szczególności choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego, chociażby nawet przemijającego zaburzenia czynności psychicznych”.

²⁴ Por. St. Dąbrowski, „Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Podstawowe problemy i wdrożenie” - *Psychiatria Polska* 1995 r., tom XXIX nr. 6, s. 726.

²⁵ Dz.U. Nr 23, poz. 128.

Konsekwencją przyjęcia konstrukcji świadomej zgody jest prawo pacjenta

- zagwarantowane przez ustawę o ZOZ - do odmowy świadczeń. Wyjątek stanowi stan nagłości, w warunkach uzasadniających zastosowanie przymusu bezpośredniego, bądź badania i przyjęcia do szpitala bez zgody. Pacjent przyjęty do szpitala bez zgody nie ma zatem prawa do odmowy leczenia, które nie może jednak wykroczać poza zakres ustalony w art. 33 ustawy o OZP (usunięcie przyczyn przyjęcia bez zgody). Postępowanie przymusowe nie służące usunięciu przyczyn przyjęcia jest bowiem niedopuszczalne.

Z analizy treści art. 22 ust. 1 i 3 wynika, że przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego następuje za jej pisemną zgodą i dotyczy to osoby pełnoletniej, która ma pełną zdolność do czynności prawnych (art. 11 k.c.)²⁶, a także osoby pełnoletniej, która została ubezwłasnowolniona częściowo i dla której ustanowiono kuratelę (art. 16 k.c.)²⁷ z wyjątkiem sytuacji gdy z postanowienia sądu opiekuńczego o ustanowieniu kuratora wynika, że kurator jest powołany do reprezentowania takiej osoby i do zarządu jej majątkiem (art. 20 ustawy o OZP w związku z art. 181 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego²⁸).

Natomiast przyjęcie do szpitala psychiatrycznego i leczenie w szpitalu psychiatrycznym osoby małoletniej lub całkowicie ubezwłasnowolnionej wymaga pisemnej zgody jej przedstawiciela ustawowego (art. 22 ust. 3 ustawy o OZP). Wymóg zgody przedstawiciela ustawowego dotyczy osoby małoletniej oraz osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie (art. 13 k.c.²⁹), nie dotyczy zaś osób ubezwłasnowolnionych częściowo, chyba że wynika to z postanowienia sądu opiekuńczego o ustanowieniu kuratora (art. 20 ustawy o OZP).

W świetle prawa polskiego przedstawicielem ustawowym jest ten kto z mocy prawa lub orzeczenia sądu jest powołany w określonym przez ustawę zakresie, do reprezentowania

²⁶ Patrz - przypis 12.

²⁷ W myśl art. 16 k.c. osoba pełnoletnia może być ubezwłasnowolniona częściowo jeżeli jej stan nie uzasadnia ubezwłasnowolnienia całkowitego, ale niezbędna jest pomoc do prowadzenia jej spraw (§ 1). Dla osoby ubezwłasnowolnionej częściowo ustanawia się kuratelę (§ 2).

²⁸ Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. - Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz.u. Nr 9, poz. 59 ze zm..

Art. 181 k.r.o stanowi, że kurator osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest powołany do jej reprezentowania i do zarządu jej majątkiem tylko wtedy, gdy sąd opiekuńczy tak postanowi oraz, że w razie uchylenia ubezwłasnowolnienia kuratela ustaje z mocy prawa.

²⁹ Stosownie do art. 13 § 1 k.c. osoba, która ukończyła lat 13, może być ubezwłasnowolniona całkowicie, jeżeli skutek choroby psychicznej, w szczególności pijaństwa lub narkomanii nie jest w stanie kierować swoim postępowaniem.

§ 2. Dla ubezwłasnowolnionego całkowicie ustanawia się opiekę, chyba że pozostaje on jeszcze pod władzą rodzicielską.

osoby, która nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych w rozumieniu art. 11 k.c. Rodzice są przedstawicielami ustawowymi małoletniego dziecka w sytuacji gdy: nie zostało ono ubezwłasnowolnione z powodu choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub innych zaburzeń psychicznych - stosownie do treści art. 92 i nast. k.r.o. oraz w przypadku ubezwłasnowolnienia całkowitego dziecka, które ukończyło 13 lat, ale nie osiągnęło jeszcze pełnoletności w rozumieniu art. 10 k.c. (art. 13 § 2 k.c.).

Na podstawie art. 14 § 1 k.c. oświadczenie woli złożone przez osobę ubezwłasnowolnioną całkowicie jest nieważne z mocy prawa - osoba ubezwłasnowolniona nie ma bowiem zdolności do czynności prawnych (art. 12 k.c. i 13 § k.c.) oraz zdolności do czynności procesowych (art. 65 § 1 k.p.c.³⁰). Przepisy ustawy o OZP wprowadzają odstępstwa od powyższych zasad. Osoba z zaburzeniami psychicznymi, zarówno mająca zdolność do czynności prawnych, jak i pozbawiona tej zdolności wskutek jej całkowitego ubezwłasnowolnienia, a także osoba małoletnia w wieku powyżej 16 roku życia, jest w ustawie o OZP traktowana niezależnie od jej stanu zdrowia psychicznego - jako uprawniona do osobistego wyrażenia zgody, jeżeli spełnione są określone warunki. W myśl art. 22 ust. 4 ustawy o OZP dla przyjęcia do szpitala psychiatrycznego osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej wymagana jest, poza zgodą jej przedstawiciela ustawowego, także zgoda tej osoby, jeżeli jest ona zdolna do swobodnego wyrażenia zgody wg kryteriów określonych w art. 3 ust. 4 ustawy o OZP. W przypadku sprzecznych oświadczeń dotyczących zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego złożonych przez osobę małoletnią w wieku powyżej 16 lat albo całkowicie ubezwłasnowolnioną i jej przedstawiciela ustawowego potrzebna jest zgoda sądu opiekuńczego.

W stosunku do osób poniżej 16 lat oraz niezdolnych do wyrażenia zgody w rozumieniu art. 3 pkt 4 ustawy o OZP, dla przyjęcia do szpitala wystarcza tylko zgoda przedstawiciela ustawowego sprawującego władzę rodzicielską lub opiekuna prawnego. Przedstawiciel ustawowy osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej, niezdolnej do wyrażenia zgody i nie pozostającej pod władzą rodzicielską, wyraża taką zgodę za zezwoleniem sądu opiekuńczego miejsca zamieszkania tej osoby. Warunek ten nie dotyczy przypadków nagłych (art. 22 ust. 5).

Art. 22 ust. 1 ustawy o OZP zastrzega formę pisemną dla wyrażenia zgody na przyjęcie do szpitala, nie przewiduje natomiast obowiązku własnoręcznego napisania treści składanego

³⁰ Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego - Dz.U. Nr 43, poz. 296, ze zm.

oświadczenia. Wobec tego do wyrażenia takiej zgody należy odpowiednio stosować przepis art. 78 k.c., według którego do zachowania pisemnej formy czynności prawnej wystarcza złożenie własnoręcznego podpisu na dokumencie obejmującym treść oświadczenia woli.

Rozdział 3 ustawy o OZP, zawierający przepisy szczególne o postępowaniu leczniczym, przewiduje odstępstwa od zasady zgody przy przyjęciu do szpitala psychiatrycznego. Ustawa przewiduje dwa tryby takiego przyjęcia bez zgody pacjenta: tzw. tryb „nagły” (w sytuacji nagłej - na podstawie decyzji lekarza psychiatry - art. 23 ustawy o OZP) i tryb „wnioskowy” (na podstawie poprzedzającego orzeczenia sądowego - art. 29 ustawy o OZP). W obydwu przypadkach sprawy są rozpatrywane przez sądy opiekuńcze. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody ograniczone jest tylko do chorych psychicznie. Sama choroba psychiczna nie jest jednak wystarczającym powodem przymusowej hospitalizacji w trybie „nagłym”. Hospitalizacja dopuszczalna jest dopiero wtedy, gdy dotychczasowe zachowanie pacjenta wskazuje na to, że z powodu choroby psychicznej „zagroza bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób” (por. ust. 1 art. 23 ustawy o OZP). Omawiane przesłanki stanowią również podstawę przymusowego „zatrzymania” w trybie art. 28 ustawy o OZP w szpitalu psychiatrycznym osoby, która została przyjęta za swą zgodą, a potem odmówiła zgody na dalszy pobyt, lecz zachowanie jej wskazuje na to, że zachodzą okoliczności przewidziane w art. 23 ust. 1 ustawy o OZP oraz tzw. przymusowej obserwacji w celu rozpoznania lub wykluczenia choroby psychicznej.

W trybie „nagłym” sąd wszczyna postępowanie na skutek powiadomienia sądu opiekuńczego przez kierownika szpitala (co stanowi zasadę), albo może również rozpoznać sprawę na wniosek osoby przyjętej lub innych osób wymienionych w art. 25 ust. 2 ustawy o OZP.

Według trybu „wnioskowego” przyjęcie osoby do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 może nastąpić na podstawie poprzedzającego prawomocnego orzeczenia sądu opiekuńczego wydanego na wniosek jej małżonka, krewnych w linii prostej (zstępnych albo wstępnych), rodzeństwa, przedstawiciela ustawowego tej osoby lub osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę (art. 29 ust. 2 ustawy o OZP), a także gminy bądź organu administracji rządowej - w stosunku do osoby objętej oparciem społecznym, o którym mowa w art. 8 (art. 29 ust. 3 ustawy o OZP).

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody następuje z powodów określonych w art. 29 ust. 1 ustawy o OZP a mianowicie w celu zapobiegnięcia dalszemu znacznemu

pogarszaniu się jej zdrowia psychicznego, albo w celu poprawy zdrowia psychicznego osoby, która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania swych podstawowych potrzeb życiowych.

W orzeczeniu z 12 lipca 1996 r. II CRN 81/96³¹ Sąd Najwyższy zwrócił uwagę na konieczność ścisłego stosowania przesłanek przyjmowania do szpitala psychiatrycznego osób chorych psychicznie bez wymaganej zgody, określonych w art. 29 ust. 1 ustawy o OZP. Wyjaśniając wzajemny stosunek każdej z tych dwóch przesłanek SN wskazał, że zgodnie z art. 29 ust. 1 pkt 2 ustawy o OZP - uzasadnione przewidywanie poprawy stanu zdrowia osoby chorej psychicznie w następstwie jej leczenia w szpitalu psychiatrycznym stanowi podstawę przyjęcia tej osoby do szpitala bez wymaganej zgody tylko wówczas gdy osoba ta jest niezdolna do samodzielnego zaspokojenia swych podstawowych potrzeb życiowych. Natomiast przewidywanie takie nie uzasadnia uwzględnienia wniosku o przyjęcie wtedy, gdy niezdolność do samodzielnego zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych nie zachodzi, a więc gdy wniosek jest oparty wyłącznie na podstawie przewidzianej w art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy o OZP.

W odróżnieniu od pacjentów wyrażających zgodę na przyjęcie i leczenie, pacjent przyjęty w trybie „nagłym” i „wnioskowym” nie ma prawa do odmowy leczenia, które nie może jednak wykraczać poza zakres ustalony w art. 33 ust. 1 ustawy o OZP. W świetle tego przepisu postępowanie lecznicze nie służące bezpośrednio usunięciu przyczyn przyjęcia bez zgody jest niedopuszczalne. Adekwatność terapii do określonego w tym przepisie celu oceniana jest wg zasad wiedzy medycznej. Świadczenia zdrowotne o podwyższonym ryzyku, których wykaz ustalił Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, zawsze będą wymagać zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego (art. 33 ust. 3 ustawy o OZP). Przykładem są elektrowstrząsy.

Szczegółowy sposób działania szpitala psychiatrycznego w sprawach przyjmowania oraz wypisywania ze szpitala psychiatrycznego reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 listopada 1995 r.³².

Ustawa o OZP oprócz ustawowo określonych przesłanek postępowania bez zgody przewiduje system gwarancji przestrzegania praw pacjentów leczonych bez zgody: administracyjno-medycznych, sądowo-procesowych i sądowo-kontrolnych.

³¹ OSNIC 1996, Nr 12, poz. 164.

³² Dz.U. Nr 150, poz. 736.

Gwarancje administracyjno-medyczne dotyczące trybu „nagłego”:

- w świetle art. 23 ust. 4 ustawy o OZP przyjęcie do szpitala, o którym mowa w ust. 1, wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia. Kierownik szpitala zawiadamia o powyższym sąd opiekuńczy miejscu siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia.

Terminy zatwierdzenia decyzji lekarza o przyjęciu do szpitala przez ordynatora - 48 godzin i zawiadomienia sądu przez kierownika szpitala - 72 godziny są zsynchronizowane z czynnościami sędziego wizytującego szpital zgodnie z art. 45 ust. 2 (sędzia musi wysłuchać osobę przyjętą bez zgody w ciągu 48 godzin od chwili otrzymania zawiadomienia o przyjęciu pacjenta bez zgody);

- zgodnie z art. 25 ust. 1 ustawy o OZP powyższe czynności lekarza i administracji szpitala stanowią podstawę dla obowiązkowego wszczęcia przez sąd opiekuńczy postępowania, dotyczącego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego osoby wymienionej w art. 23 i 24 ustawy o OZP;
- sąd opiekuńczy, gdy osoba przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody wyraziła potem zgodę na pobyt w szpitalu umorzy postępowanie wszczęte na skutek zawiadomienia lub wniosku osoby hospitalizowanej, jeśli uzna, że osoba ta wyraziła zgodę (art. 26 ust. 1 ustawy o OZP);
- art. 27 ustawy o OZP stanowi, że o treści postanowienia w przedmiocie osoby przyjętej w trybie „nagłym” i na przymusową obserwację (art. 24 ustawy o OZP), sąd opiekuńczy zawiadamia niezwłocznie szpital, w którym osoba ta przebywa. W razie wydania postanowienia o braku podstaw do przyjęcia, szpital psychiatryczny jest zobowiązany wypisać tę osobę niezwłocznie po dołączeniu mu postanowienia sądu.

Opisane zasady i tryb postępowania stosuje się nie tylko wobec osób wymienionych w art. 23, lecz także w art. 24 (obserwacja) i art. 28 (cofnięta zgoda) ustawy o OZP.

Gwarancje administracyjno-medyczne dotyczące trybu „wnioskowego”:

- przyjęcie osoby chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody może nastąpić tylko w drodze postępowania sądowego wszczynanego na wniosek osób lub organów wskazanych w art. 29 ust. 2 i 3 ustawy o OZP.

Postanowienie przewidziane w art. 29 ustawy o OZP sąd opiekuńczy wydaje tylko na wniosek osoby uprawnionej, co oznacza, że wykonanie tego postanowienia przez publiczny zakład psychiatryczny opieki zdrowotnej następuje po jego przedstawieniu przez osoby uprawnione;

- w celu zapobiegnięcia składania wniosków merytorycznie nieuzasadnionych, a tym samym zapewnienia osobie, której wniosek dotyczy bezpośrednio, niezbędnej ochrony przed nieuzasadnionym wszczynaniem postępowania o umieszczenie jej w szpitalu psychiatrycznym - art. 30 ust. 1 ustawy o OZP nakłada na wnioskodawcę obowiązek dołączenia do wniosku opinii lekarza psychiatry publicznego zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, właściwego dla miejsca zamieszkania tej osoby. Opinia powinna szczegółowo uzasadniać potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym. Opinia ta powinna być wydana w okresie nie dłuższym niż 14 dni przed datą złożenia wniosku.

Gwarancje administracyjno-medyczne dotyczące wypisania ze szpitala psychiatrycznego:

- o decyzji ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) o wypisaniu ze szpitala psychiatrycznego osoby przebywającej w tym szpitalu bez jej zgody (art. 35 ust. 1 ustawy o OZP) kierownik szpitala psychiatrycznego ma obowiązek zawiadomić sąd opiekuńczy wraz z uzasadnieniem okoliczności ustąpienia bezpośredniego zagrożenia dla życia tej osoby albo życia lub zdrowia innych osób (art. 35 ust. 3 ustawy o OZP i § 9 ust. 2 rozporządzenia MZiOS w sprawie przyjmowania i wypisywania ze szpitala).
- w przypadku odmowy wypisania przez ordynatora lub kierownika oddziału osoby mające prawo żądania wypisania ze szpitala na podstawie art. 36 ust. 2 ustawy o OZP (osoba przebywająca bez swojej zgody w szpitalu psychiatrycznym, jej przedstawiciel ustawowy, małżonek, rodzeństwo, krewni w linii prostej oraz osoba sprawująca faktyczną nad nią opiekę) mogą wystąpić do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się ten szpital, o nakazanie wypisania. Wniosek składa się w terminie 7 dni od powiadomienia tej osoby o odmowie wypisania oraz o terminie złożenia wniosku (art. 36 ust. 3 ustawy o OZP).
Postępowanie sądowe ma charakter kontrolny, a jego wynik, tj. uwzględnienie bądź oddalenie wniosku, zależy od dokonanej przez sąd opiekuńczy, na podstawie wyników przeprowadzonej rozprawy (art. 45 ust. 1 ustawy o OZP), oceny zgodności odmowy wypisania ze szpitala przez lekarza wymienionego w art. 35 ust. 1 ustawy o OZP.

- sąd opiekuńczy na podstawie zebranego w sprawie materiału procesowego nakazuje wypisanie osoby przebywającej w szpitalu psychiatrycznym w razie ustalenia, że odmowa wypisania przez szpital nie była uzasadniona. W przeciwnym razie sąd oddala wniosek.

Gwarancje sądowo-procesowe:

a) w przypadku trybu „nagłego”:

- stosownie do treści art. 25 ust. 1 ustawy o OZP sąd opiekuńczy wszczyna postępowanie w sprawie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego w trybie „nagłym” i na przymusową obserwację na podstawie otrzymanego zawiadomienia, które kierownik szpitala obowiązany jest przekazać sądowi w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia bez zgody osoby spełniającej przesłanki leczenia przymusowego lub obserwacji. Sąd może też wszcząć postępowanie w tym przedmiocie z urzędu (na podstawie uzyskanych informacji) bądź na wniosek osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnych w linii prostej (art. 25 ust. 2 ustawy o OZP).
- warunkiem umorzenia postępowania na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy o OZP (tzn. w sytuacji gdy osoba przyjęta bez zgody wyraziła potem zgodę na pobyt w tym szpitalu) jest ustalenie, że pacjent wyraził zgodę na hospitalizację w rozumieniu art. 3 pkt. 4 ustawy o OZP. W tym celu przed umorzeniem postępowania sąd jest obowiązany wysłuchać pacjenta przyjętego do szpitala (art. 26 ust. 2 ustawy o OZP);
- zgodnie z art. 27 sąd opiekuńczy zawiadamia niezwłocznie szpital, w którym ta osoba przebywa, o treści postanowienia w przedmiocie przyjęcia osoby bez jej zgody. W razie wydania postanowienia o braku podstaw do przyjęcia, szpital psychiatryczny jest zobowiązany wypisać tę osobę niezwłocznie po doręczeniu mu postanowienia;

b) w przypadku trybu „wnioskowego”:

- sąd opiekuńczy wszczyna postępowanie po otrzymaniu wniosku przewidzianego w art. 29 ust. 2 i 3 ustawy o OZP. W przepisie tym został określony krąg osób uprawnionych do inicjowania tego trybu;
- wniosek może być zwrócony gdy nie zostanie do niego dołączona opinia lekarza psychiatry, wskazana w art. 30 ust. 1 i 2 ustawy o OZP lub gdy opinia lekarska została wydana w okresie dłuższym niż 14 dni przed datą złożenia wniosku.

Do właściwości sądu opiekuńczego - poza orzekaniem we wskazanych dwóch trybach (nagłym i wnioskowym) w przedmiocie leczenia przymusowego - należy także wyrażanie

zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego w przypadku sprzecznych oświadczeń osoby małoletniej, powyżej 16 roku życia i jej przedstawiciela ustawowego (art. 22 ust. 4 ustawy o OZP).

Gwarancje sądowo-kontrolne:

Zakres działania sądu opiekuńczego, oprócz orzekania o przyjęciu bez zgody do szpitala psychiatrycznego i domu pomocy społecznej obejmuje również kontrolę i nadzór sprawowany przez sędziego wizytującego, wyznaczonego przez prezesa sądu wojewódzkiego.

Kontrola ta obejmuje:

- sprawdzenie adnotacji w dokumentacji medycznej w przypadku przyjęcia do szpitala pacjentów, co do których są poważne wątpliwości czy są zdolni do wyrażenia świadomej zgody (art. 22 ust. 2 ustawy OZP);
- wysłuchanie osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez zgody nie później niż w terminie 48 godzin od otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w art. 23 ust. 4 w razie stwierdzenia, że pobyt tej osoby w szpitalu jest oczywiście bezzasadny, sędzia zarządza natychmiastowe jej wypisanie ze szpitala i wnosi o umorzenie postępowania (art. 45 ust. 2 ustawy o OZP).

Sprawując nadzór nad wykonywaniem decyzji sądu w sprawach przymusowego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, sędzia ma prawo wstępu o każdej porze w celu kontroli legalności przyjęcia i przebywania w szpitalu psychiatrycznym i domu pomocy społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, przestrzeganiu ich praw i kontroli warunków w jakiej one tam przebywają - art. 43 ust. 1 ustawy o OZP.

Szczegółowy zakres i tryb sprawowania tej kontroli określa rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 lutego 1995 r. w sprawie kontroli przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej³³. Regulacją tego rozporządzenia objęte są stałe kontrole okresowe lub kontrole doraźne szpitali psychiatrycznych i domów pomocy społecznej.

Kolejną istotną kwestią regulowaną w art. 18 ustawy o OZP jest **stosowanie przymusu bezpośredniego** wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Przepis ten jest szczególnie ważny, ponieważ przymus bezpośredni - najbardziej drastyczna forma pogwałcenia

nietykalności osobistej - może być użyty w określonych okolicznościach wobec każdego zaburzonego psychicznie i nie podlega automatycznej kontroli sądu. Pojęcie przymusu bezpośredniego na użytek ustawy o OZP obejmuje nie tylko przymus fizyczny (przytrzymanie, przymusowe podanie leków, unieruchomienie) lecz również izolację (ograniczenie możliwości poruszania się pacjenta). Z brzmienia art. 18 ust. 1, określającego przesłanki stosowania przymusu bezpośredniego wynika, że jego stosowanie jest dopuszczalne wobec osób z zaburzeniami psychicznymi tylko wtedy, gdy osoby te dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu, życiu lub zdrowiu innej osoby, bezpieczeństwu powszechnemu bądź w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu albo gdy przepis ustawy o OZP do tego upoważnia. Art. 18 ust. 3 ustawy o OZP określa wyczerpujący katalog środków przymusu, co oznacza, iż inne środki, nie wymienione w ustawie nie mogą być stosowane.

O zastosowaniu przymusu decyduje lekarz (wyjątkowo w szpitalu lub domu pomocy społecznej - pielęgniarka), który jednocześnie określa rodzaj środka oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie.

Dla kontroli zasadności użycia przemocy, w ustawie o OZP przewidziano (art. 18 ust. 6), że zastosowanie przymusu bezpośredniego przez:

- 1) lekarza zakładu opieki zdrowotnej - ocenia w ciągu 3 dni kierownik tego zakładu,
- 2) innego lekarza - ocenia w ciągu 3 dni upoważniony przez wojewodę lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii.

Art. 18 ust. 5 ustawy o OZP ustanawia istotny dla praktyki psychiatrycznej obowiązek pogotowia ratunkowego, policji i straży pożarnej do udzielania lekarzowi pomocy na jego żądanie w tych sytuacjach gdy - zgodnie z ustawą - konieczne jest stosowanie przymusu.

Sposób stosowania przymusu bezpośredniego określił Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w rozporządzeniu z dnia 23 sierpnia 1995 r.³⁴.

Wyrazem poszanowania podmiotowości pacjenta i jego autonomii jest przyjęcie przez ustawodawcę w art. 12 ustawy o OZP zasady respektowania w procesie leczniczym osobowości i indywidualnych potrzeb osoby z zaburzeniami psychicznymi. Zasada ta wymaga, aby do przywrócenia lub poprawy stanu zdrowia pacjenta nie dążyć „za wszelką cenę” lecz brać pod uwagę także potrzebę ochrony innych dóbr osobistych osoby leczonej i dążyć do

³³ Patrz - przypis 25.

³⁴ Dz.U. Nr 103, poz. 514.

osiągnięcia poprawy w sposób najmniej dla niej uciążliwy, traktując hospitalizację jako najbardziej uciążliwą alternatywę.

Odnotować należy także, że ustawa o OZP (Art. 15) dotyczy rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi. Sposób organizowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalu psychiatrycznym i nagradzania uczestników tych zajęć określił Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w rozporządzeniu z dnia 20 października 1995 r.³⁵.

W zakresie nie uregulowanym ustawą o OZP do opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, stosuje się przepisy ustawy o ZOZ oraz akty wykonawcze do tej ustawy.

W razie naruszenia praw pacjenta osoba poszkodowana może skorzystać z ogólnodostępnego trybu postępowania skargowego uregulowanego w kodeksie postępowania administracyjnego³⁶.

Istotne zadania w zakresie ochrony praw pacjentów mają spełniać rady nadzorcze publicznych zakładów opieki zdrowotnej (art. 45-48 ustawy o ZOZ). Do ich kompetencji należy m.in. zatwierdzanie regulaminu porządkowego w części dotyczącej praw i obowiązków pacjentów oraz okresowe analizy skarg i wniosków z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu (art. 46 pkt 3 i 4 ustawy o ZOZ).

Art. 37 ustawy o OZP stanowi, że przepisy dotyczące postępowania leczniczego (rozdział 3), a zwłaszcza odnoszące się do przyjęcia do szpitala bez zgody lub wypisywania ze szpitala oraz art. 14 ustawy - nie mają zastosowania do osób kierowanych do szpitala psychiatrycznego przez właściwy organ państwowy na podstawie innych ustaw. Dotyczy to w szczególności osób kierowanych do szpitala psychiatrycznego na podstawie przepisów:

- Kodeksu karnego (art. 99, 100 i 102) oraz Kodeksów: postępowania karnego (art. 184 - na obserwację) i postępowania cywilnego (art. 554 - na obserwację w toku postępowania o ubezwłasnowolnienie);
- ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (art. 27 - na obserwację i art. 32 - w celu poddania się obowiązkowi leczenia odwykowego);

³⁵ Dz.U. nr 127, poz. 614.

³⁶ Ustawa z 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego j.t. Dz.U. z 1980 r. Nr 9, poz. 27 ze zm.

- ustawy z dnia 31 stycznia 1985 r. o zapobieganiu narkomanii (leczenie przymusowe nieletnich na podstawie art. 25).

Należy podkreślić, że ustawa o OZP, w art. 50 - 52, w sposób szczególny reguluje obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej w lecznictwie psychiatrycznym. Ustawa wprowadza do dotychczasowego katalogu osób (wymienionych w art. 161 k.p.k.)³⁷, których nie wolno przesłuchiwać jako świadków dla uzyskania pewnych wiadomości - nową kategorię podmiotów; nie wolno bowiem przesłuchiwać jako świadków co do faktu przyznania się osoby z zaburzeniami psychicznymi do popełnienia czynu zabronionego pod groźbą kary lekarza (lub inną osobę) wykonującego czynności przewidziane w ustawie o OZP, a także lekarza wykonującego czynności biegłego.

2. Istotne ustalenia kontroli

2.1. Respektowanie prawa pacjenta do wyrażania pisemnej zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego oraz ochrona interesów chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo

2.1.1. Prawo pacjenta do wyrażania pisemnej zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego

Zgodnie z art. 22 ust. 1 ustawy o OZP warunkiem przyjęcia do szpitala psychiatrycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi jest: stwierdzenie wyznaczonego do tej czynności lekarza, po osobistym badaniu, że zachodzą wskazania do przyjęcia oraz wyrażenie przez pacjenta pisemnej zgody na przyjęcie.

W toku kontroli ustalono, że we wszystkich skontrolowanych jednostkach pacjenci przyjmowani byli do szpitala po osobistym zbadaniu pacjenta przez lekarza dyżurnego Izby Przyjęć.

Jeżeli chodzi o sposób i formę wyrażania zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego stwierdzono, że w niektórych szpitalach pacjenci wyrażali ją podpisując w Izbie Przyjęć oświadczenie o treści: „niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na

³⁷ Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r. - Kodeks postępowania karnego (Dz.U. Nr 13, poz. 96 ze zm.). Zgodnie z art. 161 k.p.k. nie wolno przesłuchiwać jako świadków: obrońcy (co do faktów, o których dowiedział się

przyjęcie do szpitala i leczenie wg wskazań lekarskich”, „wyrażam zgodę na pobyt w Oddziale Psychiatrycznym oraz na leczenie metodami jakie zespół terapeutyczny uzna za stosowne”, np.:

w Psychiatrycznym Specjalistycznym ZOZ w Lublinie, w Oddziałach Psychiatrycznych WSS im. L. Rydygiera w Krakowie,

albo podpisywali na odrębnych drukach oświadczenia (dołączone do dokumentacji medycznej) w brzmieniu: „poinformowany przez lekarza dyżurnego Izby Przyjęć o przysługujących mi prawach zawartych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego wyrażam zgodę na przyjęcie mnie do szpitala i leczenie”, np.:

w Krakowskim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. J. Babińskiego w Krakowie, w I Klinice Chorób Psychiatrycznych Państwowego Szpitala Klinicznego Nr 1 Akademii Medycznej w Gdańsku. W tym ostatnim szpitalu druk ten zawierał dodatkowy passus podpisywany przez lekarza dyżurnego: „stan psychiczny pacjenta pozwala na swobodne wyrażenie przez niego zgody”; poniżej było miejsce na datę i podpis lekarza dyżurnego.

W kilku kontrolowanych zakładach (4) zgoda pacjenta była dokumentowana podpisem pacjenta na deklaracji w formie specjalnego stempla umieszczanego w dokumentacji medycznej pacjenta, oznaczonego datą przyjęcia. Formuła zgody była następująca: „wyrażam zgodę na pobyt w szpitalu, wykonanie badań diagnostycznych oraz stosowanie leków i zabiegów leczniczych, zgadzam się na przeniesienie do innego zakładu leczniczego, jeżeli stan zdrowia będzie tego wymagał”. Na przykład:

w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym Specjalistycznego Psychiatryczno-Neurologicznego Zespołu Ochrony Zdrowotnej w Gdańsku-Wrzeszczu. W Oddziałach psychiatrycznych (3) ZOZ w Lipnie - podpisy pacjentów zostały natomiast złożone pod stemplem o treści: „wyrażam zgodę na przyjęcie i leczenie na oddziale psychiatrycznym”, a w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Branicach pod stemplem o treści: „wyrażam zgodę na przyjęcie i pobyt w....., data ..., podpis ...”.

W Wojewódzkim Zespole Psychiatrycznym Opieki Zdrowotnej w Radomiu lekarz potwierdzał własnoręczność podpisu pacjenta na stemplu wyrażającym zgodę na przyjęcie swoim podpisem wpisując ponadto datę.

Czasami (2 jednostki kontrolowane) - zgoda była dokumentowana w historii choroby w formie odręcznej adnotacji sporządzanej i podpisanej przez pacjenta.

W Wojewódzkim Zespole Publicznym Zakładów Psychiatrycznych Opieki Zdrowotnej w Warszawie (ul. Nowowiejska) - pacjenci składali podpis pod klauzulą odręczną o treści: „wyrażam zgodę na pobyt, leczenie w Oddziale Psychiatrycznym, Warszawa, data ... i podpis ...”.

Nie zawsze jednak (fakty takie stwierdzono w 9 kontrolowanych jednostkach) przestrzegano, określonego w art. 22 ust. 1 ustawy o OZP wymogu uzyskiwania zgody chorego na przyjęcie do szpitala w formie pisemnego oświadczenia woli, poprzestając na podpisie pacjenta w historii choroby pod klauzulą w brzmieniu: „wyrażam zgodę na leczenie i zabiegi diagnostyczne, które lekarze uznają za stosowne”, bądź „wyrażam zgodę na leczenie”, albo „zostałem poinformowany o metodach planowanej terapii i prawach pacjenta, wyrażam zgodę na leczenie w...”, traktując te formuły jako równoznaczne i równorzędne z wyrażeniem zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego. Stosowana praktyka naruszała postanowienia art. 22 ust. 1 ustawy o OZP.

W szpitalu psychiatrycznym w Choroszczy - przyjmowanie pacjentów do szpitala za zgodą dokumentowane było w historii choroby w formie ich własnoręcznych podpisów składanych pod klauzulą: „wyrażam zgodę na leczenie i zabiegi diagnostyczne, które lekarze uznają za stosowne”. W historii chorób brak było odrębnych pisemnych oświadczeń o wyrażeniu zgody na przyjęcie do szpitala;

w Lubiążu - dla udokumentowania zgody pacjenta na przyjęcie do szpitala używano stempla o treści: „zgadzam się na leczenie w Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu takimi metodami jakie lekarze uznają za celowe i na zabiegi uznane przez lekarzy za stosowne”. W trakcie kontroli wprowadzono zasadę podpisywania zgody pacjenta na przyjęcie do szpitala pod treścią: „wyrażam zgodę na przyjęcie do szpitala”;

W oddziałach psychiatrycznych szpitala ogólnego w Brzegu (szpital im. Czerniakowskiego) - pacjenci składali podpis pod klauzulą „wyrażam zgodę

na leczenie. Poinformowano o depozycie”. Ordynator tego Oddziału oświadczył, że zgoda pacjenta na leczenie wyrażona na piśmie w momencie przyjęcia jest tożsama ze zgodą na pozostanie w Oddziale;

w Warszawie (Szpital Wolski) - pacjenci dokonywali adnotacji odręcznej w brzmieniu: „wyrażam zgodę na leczenie w Oddziale Psychosomatycznym”.

W 8 badanych jednostkach nie odnotowywano daty wyrażenia pisemnej zgody przez pacjenta bądź jego przedstawiciela ustawowego na przyjęcie i leczenie w szpitalu psychiatrycznym, co uniemożliwiało ustalenie czy pacjent wyraził zgodę w dniu przyjęcia do szpitala w Izbie Przyjęć czy dopiero później na Oddziale. Fakty takie stwierdzono np.:

w szpitalach psychiatrycznych w: Branicach, Kielcach, Lublińcu, Radecznicy, oraz w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych w: Lipnie, Poznaniu (resortowy szpital MSW).

W trakcie kontroli odnotowano przypadki niedokładnego wypełniania formularza historii choroby w części dotyczącej przyjęcia do szpitala, a więc naruszenia § 14 pkt 1 lit. i oraz j rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 grudnia 1992 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania³⁸, zwanego w dalszej treści „rozp. MZiOS w sprawie dokumentacji medycznej”; w szczególności brakowało zapisów dotyczących podstawy prawnej hospitalizacji, co w niektórych przypadkach mogło rodzić określone skutki prawne wynikające z niezachowania ustawowych terminów postępowania sądowego, a także brak danych personalnych lekarzy: kierującego i przyjmującego. Na przykład:

w Specjalistycznym Zespole Psychiatrycznym Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu z przejawami takiej nierzetelności zetknięto się w 54 przypadkach na łącznie zbadanych 80 historii chorób.

W przypadku **poważnych wątpliwości co do zdolności wyrażenia zgody** przez osobę z zaburzeniami psychicznymi fakt ten powinien być odnotowany w dokumentacji medycznej, która powinna być przedstawiana sędziemu wizytującemu szpital (art. 22 ust. 2 ustawy o OZP).

³⁸ Patrz - przypis 21.

W kilku badanych jednostkach (4) stwierdzono, że w sytuacji przyjęcia pacjenta na podstawie art. 22 ust. 2 ustawy o OZP w dokumentacji medycznej pacjenta nie odnotowywano w ogóle faktu poważnych wątpliwości co do zdolności wyrażania zgody na przyjęcie do szpitala (w rozumieniu art. 3 pkt 4 ustawy o OZP) przez osobę z zaburzeniami psychicznymi naruszając tym samym art. 22 ust. 2 ustawy o OZP (w *szpitalach psychiatrycznych w: Lublinie, Świeciu n/Wisłą oraz w Oddziale Psychosomatycznym Szpitala Wolskiego w Warszawie*) albo nie przedstawiano sędziemu wizytującemu szpital dokumentacji medycznej pacjenta zawierającej adnotację o poważnych wątpliwościach co do zdolności pacjenta do wyrażenia zgody na pobyt w szpitalu, uniemożliwiając mu tym samym sprawdzenie, czy pacjent hospitalizowany w tych warunkach rzeczywiście wyraził zgodę na przyjęcie.

Nieprawidłowości te odnotowano:

w szpitalu psychiatrycznym w: Gdańsku-Wrzeszczu oraz w Świeciu n/Wisłą - gdzie przyjęcie pacjentów z tymi wątpliwościami odnotowane było w rejestrze przyjęć prowadzonym przez Izbę Przyjęć a następnie pismem zawiadamiano sąd opiekuńczy, który wydawał postanowienie wyrażające zgodę na hospitalizację.

Ustawa o OZP nie zawiera wprawdzie postanowień zobowiązujących do odnotowania w dokumentacji medycznej faktu przedstawienia sędziemu wizytującemu szpital dokumentacji medycznej pacjenta przyjętego do szpitala za zgodą w sytuacji gdy lekarz miał poważne wątpliwości co do zdolności pacjenta z zaburzeniami psychicznymi do wyrażania zgody, jednak w toku kontroli stwierdzono, że czynność ta nie była udokumentowana w żadnej pisemnej formie. Na przykład:

w szpitalach psychiatrycznych w Krakowie, Morawicy oraz w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych w: Katowicach (Szpital Miejski Nr 5), Krakowie (Szpital im. L. Rydygiera) i Sandomierzu. Ordynator tego ostatniego oddziału psychiatrycznego w wyjaśnieniu podał, że dokumentacja medyczna 6-ciu chorych była przedstawiona sędziemu wizytującemu oddział. Sędzia nie wymagał dodatkowych wyjaśnień lecz nie odnotował tego faktu w dokumentacji medycznej.

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego **osoby niezdolnej do wyrażenia zgody z przyczyn prawnych lub faktycznych** następuje za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego. Wymóg wyrażenia zgody przez przedstawiciela ustawowego stosuje się do osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej oraz osoby małoletniej poniżej 16 roku życia, a także

stosuje się do osoby ubezwłasnowolnionej częściowo, jeżeli wynika to z postanowienia sądu opiekuńczego o ustanowieniu kuratora (art. 20 ustawy o OZP).

Przedstawiciel ustawowy osoby, która nie pozostaje pod władzą rodzicielską, wyraża taką zgodę za zezwoleniem sądu opiekuńczego miejsca zamieszkania tej osoby; w wypadkach nagłych nie jest konieczne uzyskanie zezwolenia sądu opiekuńczego przed przyjęciem do szpitala (art. 22 ust. 5 ustawy o OZP). O każdorazowym przyjęciu osoby z zaburzeniami psychicznymi niezdolnej do wyrażenia zgody, która nie pozostaje pod władzą rodzicielską kierownik szpitala psychiatrycznego zawiadamia bezzwłocznie sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala. W zawiadomieniu kierownik szpitala psychiatrycznego obowiązany jest wskazać okoliczności uzasadniające przyjęcie (art. 22 ust. 6 ustawy o OZP).

W odniesieniu do procedury przyjmowania do szpitala osoby niezdolnej do wyrażania zgody z przyczyn prawnych lub faktycznych występujące nieprawidłowości dotyczyły:

- nieuzyskania (w 3 kontrolowanych jednostkach) pisemnej zgody przedstawiciela ustawowego osoby małoletniej poniżej 16 roku życia na pobyt i leczenie w szpitalu psychiatrycznym, co stanowiło naruszenie art. 22 ust. 3 ustawy o OZP i poprzestaniu na uzyskaniu zgody samych pacjentów.

W szpitalu psychiatrycznym w Gdańsku-Wrzeszczu - w trzech przypadkach w dokumentacji medycznej brak było podpisu matki pacjenta oznaczającego zgodę na przyjęcie. Odnotowano natomiast wywiad lekarski z matkami tych pacjentów w dniu ich przyjęcia.

W szpitalach w Świeciu n/Wisłą i w Złotoryi - pacjentów przyjęto do szpitala na podstawie wyrażonej przez nich samych zgody.

W przypadku przyjęcia do szpitala **osoby małoletniej powyżej 16 roku życia lub całkowicie ubezwłasnowolnionej zdolnej do wyrażania zgody** wymagane jest uzyskanie zgody tej osoby obok zgody jej przedstawiciela ustawowego (tzw. podwójna zgoda). W przypadku sprzecznych oświadczeń w sprawie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego tej osoby i jej przedstawiciela ustawowego zgodę na przyjęcie do szpitala wyraża sąd opiekuńczy (art. 22 ust. 4 ustawy o OZP).

W toku kontroli stwierdzono przypadki (dotyczy to 6 jednostek) nieuzyskiwania zgody przedstawiciela ustawowego na przyjęcie do szpitala w przypadku przyjmowania osób ubezwłasnowolnionych całkowicie oraz pacjentów małoletnich powyżej 16 roku zdolnych do

wyrażenia zgody. Za wystarczające uznano wyrażenie pisemnej zgody ww. pacjentów, naruszając tym samym art. 22 ust. 4 ustawy o OZP.

W szpitalach psychiatrycznych w: Choroszczy - nie uzyskano zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta całkowicie ubezwłasnowolnionego; w szpitalu w Kielcach - w grupie 18 osób całkowicie ubezwłasnowolnionych hospitalizowanych w latach 1995-1996 17 osób, tj. 94,4% było zdolnych do wyrażenia zgody na przyjęcie do szpitala i zgodę tę wyraziły, ale zgody przedstawiciela ustawowego nie uzyskano;

w Oddziale Psychosomatycznym w Warszawie (Szpital Wolski) w dokumentacji medycznej pacjenta brak było informacji na temat zgody pacjenta ubezwłasnowolnionego całkowicie zdolnego do wyrażenia zgody oraz na temat zgody jego przedstawiciela ustawowego. Zastępca ordynatora Oddziału wyjaśnił, iż brak ww. oświadczeń wynika z tego że leczenie ww. pacjenta było kontynuacją rozpoczętego leczenia w szpitalu przy ul. Nowowiejskiej.

Zdarzały się również przypadki braku zgody pacjenta powyżej 16 roku życia zdolnego do wyrażenia zgody. Za wystarczające uznano zgodę wyrażoną przez przedstawiciela ustawowego. Fakty takie stwierdzono w 4 jednostkach, na przykład:

w Wojewódzkim Ośrodku Lecznictwa Psychiatrycznego w Toruniu - zgodę wyraziła tylko matka.

Ustalono także, że w sytuacji złożenia **sprzecznych oświadczeń** przez osoby ubezwłasnowolnione lub małoletnie powyżej 16 roku życia - zdolne do wyrażenia zgody, w rozumieniu art. 3 pkt 4 ustawy o OZP, oraz ich przedstawicieli ustawowych, co do faktu przyjęcia ww. osoby do szpitala psychiatrycznego - nie powiadamiano o tym sądu opiekuńczego, który w takiej sytuacji wyraża zgodę na przyjęcie do szpitala, o czym stanowi art. 22 ust. 4 ustawy o OZP.

Nieprawidłowości takie odnotowano w szpitalu psychiatrycznym w Morawicy i Olsztynie.

2.1.2. Ochrona interesów chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo

Niektóre szpitale psychiatryczne (oddziały psychiatryczne szpitali ogólnych) nie posiadały informacji odnośnie liczby osób ubezwłasnowolnionych całkowicie. Nie prowadzono

wykazów tych osób i nie podejmowano działań zmierzających do uzyskania wywiadu od rodziny i innych osób celem uzupełnienia brakujących danych w dokumentacji medycznej pacjenta (np. zlecenie ordynatora pracownikowi socjalnemu zebrania niezbędnych informacji o chorym). Brak odrębnej ewidencji osób ubezwłasnowolnionych uniemożliwiał ustalenia procentowego udziału osób ubezwłasnowolnionych zdolnych do wyrażenia zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego w stosunku do ogółu osób ubezwłasnowolnionych.

Fakty takie stwierdzono w szpitalach psychiatrycznych w: Choroszczy, Kielcach, Krakowie (Szpital im. J. Babińskiego), Warszawie (Szpital przy ul. Nowowiejskiej) oraz w Oddziałach Psychiatrycznych ZOZ w Lipnie.

Brak rozeznania co do liczby osób ubezwłasnowolnionych przebywających w szpitalu psychiatrycznym oraz brak współpracy między ordynatorem (lekarzem kierującym oddziałem) bądź lekarzem prowadzącym a pracownikiem socjalnym szpitala w sprawie szybkiego nawiązania kontaktu z rodziną pacjenta i zebrania wywiadów od rodzin lub opiekunów pacjenta w celu uzupełnienia brakujących dokumentów i uzyskania niezbędnych informacji m.in. dotyczących ubezwłasnowolnienia oraz danych o osobach będących z mocy prawa uczestnikami postępowania sądowego, tj. małżonka, osoby sprawującej faktyczną opiekę, przedstawiciela ustawowego (art. 46 ust. 1 ustawy o OZP) - uniemożliwiał należyte wywiązywanie się z obowiązku ochrony interesów chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo wynikającego z art. 16 i 17 ustawy o OZP. Na podstawie ww. przepisów kierownik zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej powinien zawiadamiać:

- prokuratora w przypadku stwierdzenia, że dobro osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo wymaga jej ubezwłasnowolnienia (art. 16),
- sąd opiekuńczy miejsca zamieszkania osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo w razie stwierdzenia, że przedstawiciel ustawowy ww. osoby nie wykonuje należycie swoich obowiązków wobec takiej osoby (art. 17).

Ustalono, że w okresie objętym kontrolą (1995-1996):

- 1) w 12 szpitalach psychiatrycznych (oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych) na 36 skontrolowanych - nie skierowano żadnego zawiadomienia do sądu opiekuńczego na podstawie art. 17 ustawy o OZP, gdyż nie stwierdzono przypadku niewłaściwego wypełniania obowiązków przez przedstawicieli ustawowych lub kuratorów wobec pacjentów przebywających w szpitalu.

Stan taki stwierdzono np. w szpitalach psychiatrycznych w: Krakowie (Szpital im. J. Babińskiego), Lublińcu, Olsztynie, Złotoryi, Żurawicy oraz

w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych w: Brzegu, Katowicach (Szpital Miejski Nr 5), Rzeszowie (Szpital Zespolony Nr 1), Sandomierzu;

- 2) w 15 szpitalach psychiatrycznych (oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych) na 36 skontrolowanych - nie stwierdzono żadnego zawiadomienia do prokuratora, w trybie art. 16 ustawy o OZP, że dobro osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo wymaga jej ubezwłasnowolnienia.

Stan taki stwierdzono m.in. w szpitalach psychiatrycznych w: Gdańsku-Wrzeszczu, Gnieźnie, Krakowie (Szpital im. J. Babińskiego), Lublińcu, Morawicy, Suwałkach, Toruniu, Warszawie (Szpital przy ul. Nowowiejskiej) oraz

w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych w: Krakowie (Szpital im. J. Rydygiera), Rzeszowie (Szpital Zespolony Nr 1), Sandomierzu;

Dyrektorzy kontrolowanych szpitali wyjaśnili, że niechętnie wydają opinię o konieczności ubezwłasnowolnienia pacjenta, ponieważ dla wszczęcia procedury ubezwłasnowolnieniowej nie wystarczy wskazać fakt istnienia niedorozwoju umysłowego lub choroby psychicznej, ale także i to że ubezwłasnowolnienie leży w interesie chorego, a więc spełniać będzie cel opiekuńczy. Opierając się na swoim długoletnim doświadczeniu twierdzą oni, że ubezwłasnowolnienie zazwyczaj pogarsza a nie poprawia sytuację chorego, zwłaszcza przebywającego w szpitalu psychiatrycznym, gdyż rodziny, które mają od momentu ubezwłasnowolnienia możliwość dysponowania majątkiem chorego lub jego rentą, przestają się nim zajmować.

Nie w każdym przypadku przestrzegano postanowień ustawy o ZOZ dotyczących wypisywania pacjenta przebywającego w szpitalu za zgodą. Do zasad wypisania pacjenta przebywającego za zgodą w szpitalu psychiatrycznym nie wprowadzono w ustawie o OZP nowych postanowień. Mają tu pełne zastosowanie reguły przewidziane w art. 22 ust. 3 ustawy o ZOZ. Z postanowień tego przepisu wynika, że osoba wypisywana ze szpitala na własne żądanie obowiązana jest złożyć oświadczenie na piśmie lub ustne w obecności dwóch świadków, że została uprzedzona o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu. O odmowie złożenia takiego oświadczenia należy sporządzić odpowiednią adnotację w dokumentacji medycznej.

W Wojewódzkim Szpitalu w Radecznicy - do dokumentacji medycznej nie dołączono oświadczenia pacjenta, że został uprzedzony o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu oraz nie sporządzono notatki o odmowie złożenia takiego oświadczenia.

Z problemem przestrzegania praw pacjentów hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych (oddziałach szpitali ogólnych) wiąże się respekt dla przepisów regulujących kwestię kierowania pacjentów do ww. zakładów opieki zdrowotnej. Zgodnie z § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 listopada 1995 r. normującego szczegółowy tryb działania szpitala psychiatrycznego w sprawach przyjmowania oraz wypisywania ze szpitala psychiatrycznego³⁹, zwanego dalej „rozp. MZiOS w sprawie przyjmowania i wypisywania ze szpitala” (weszło w życie 6 stycznia 1996 r.) skierowanie do szpitala psychiatrycznego wydaje lekarz po zbadaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi. Osoba ze skierowaniem do szpitala psychiatrycznego jest poddawana badaniu psychiatrycznemu przez lekarza izby przyjęć (§ 2 cyt. wyżej rozporządzenia). W nagłych przypadkach osoba z zaburzeniami psychicznymi może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez skierowania po osobistym jej zbadaniu przez lekarza izby przyjęć (§ 3 cyt. rozp. MZiOS). Skierowanie do szpitala psychiatrycznego wydawane jest w dniu badania, a jego ważność wygasa po upływie 14 dni (art. 11 in fine ustawy o OZP).

Kontrola wykazała, że w większości przypadków skierowania były ważne i zostały wystawione w dniu badania. W 1996 r. były one, w odniesieniu do większości badanych jednostek (20) wystawiane na drukach, których wzór stanowi załącznik nr 1 do rozp. MZiOS w sprawach przyjmowania i wypisywania ze szpitala psychiatrycznego.

Zdarzały się jednak przypadki, że w dokumentacji medycznej pacjentów znajdowały się skierowania do szpitala psychiatrycznego (oddziału psychiatrycznego szpitala ogólnego) wystawiane już po wejściu w życie rozp. MZiOS w sprawach przyjmowania i wypisywania ze szpitala psychiatrycznego, tj. po dniu 6 stycznia 1996 r. przez poradnie zdrowia psychicznego, pogotowie ratunkowe, szpitale ogólne, lekarzy psychiatrów prywatnie praktykujących na obszarze działania szpitala psychiatrycznego - na drukach niezgodnych z obowiązującym wzorem, bądź nawet w formie odręcznie sporządzonej notatki na zwykłej kartce papieru, na druku recepty, na karcie wypisowej z innego szpitala czy, wreszcie - na odwrocie zlecenia przewiezienia chorego. Fakty takie ujawniono aż w 16 kontrolowanych jednostkach.

Do szpitala psychiatrycznego w Choroszczy 21 skierowań pacjentów, w tym małoletnich, wydano na druk niezgodnym z obowiązującym wzorem,

W przypadku skierowań do szpitala w Lublinie - były to bądź odręczne skierowania na druk Prywatnej Przychodni Lekarskiej „Medyk” w Lublinie, bądź na odwrocie zlecenia na przewiezienie chorego wystawiane przez Wojewódzką Stację Pogotowia Ratunkowego Filia w Kraśniku, albo odręczne skierowania lekarza psychiatry prywatnie praktykującego z Poradni Zdrowia Psychicznego w Pionkach, z Katedry i Kliniki Psychiatrycznej AM w Lublinie;

w Radecznicy - skierowania wystawiane były: a) na druk wg nieobowiązującego wzoru wprowadzonego Instrukcją Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 1952 r. - Dz.Urz. Min. Zdrowia Nr 24, poz. 240 i zatytułowanego „świadczenie lekarskie dla przyjęcia do szpitala psychiatrycznego” przez Poradnię Zdrowia Psychicznego w Zamościu, Biłgoraju, Oddział Neurologiczny ZOZ w Tomaszowie Lubelskim, b) - w formie odręcznej notatki na kartce papieru w formacie A-8 w dniu 5 kwietnia 1996 r. przez Przychodnię Zdrowia Psychicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Zamościu,

Podobne nieprawidłowości stwierdzono w odniesieniu do skierowań pacjentów do oddziałów psychiatrycznych szpitali ogólnych w: Brzegu, Ilawie, Katowicach (Szpital Miejski Nr 5), Krakowie (Szpital im. L. Rydygiera), Rzeszowie (Szpital Zespolony Nr 1) oraz skierowań do I Kliniki Chorób Psychiczych PSK Nr 1 AM w Gdańsku.

W większości przypadków daty wystawianych skierowań nie przekraczały 14 dni przed datą przyjęcia do szpitala psychiatrycznego zgodnie z art. 11 ustawy o OZP. Jedynie sporadycznie skierowania wystawiano bez daty, bądź ich ważność wygasła w związku z upływem 14 dni od daty wydania skierowania w dniu badania.

Dotyczyło to: I Kliniki Chorób Psychiczych PSK Nr 1 AM w Gdańsku, Oddział B, gdzie przyjęto pacjenta w dniu 27 marca 1995 r. ze skierowaniem wystawionym 8 marca 1995 r.; ważność tego skierowania wygasła 23 marca 1995 r.; w dwóch innych przypadkach przyjęto tu pacjentów (nr ewid. 9923/305/95 i nr ewid. 15699/432/96) na podstawie wystawianych skierowań bez daty.

³⁹ Patrz - przypis 32.

2.2. Przestrzeganie praw pacjentów przyjętych i leczonych bez zgody

Przymusowe przyjęcie i leczenie w szpitalu psychiatrycznym osób psychicznie chorych (tzn. bez zgody wymaganej w art. 22 ustawy o OZP) może nastąpić na podstawie:

- art. 23 ust. 1 ustawy o OZP w **tw. trybie nagłym** na podstawie decyzji lekarza;
- art. 29 ustawy o OZP - w **tw. trybie wnioskowym**, tj. na podstawie poprzedzającego orzeczenia sądu opiekuńczego;
- art. 28 ustawy o OZP - **tw. przymusowe zatrzymanie** w szpitalu psychiatrycznym osoby, która została przyjęta za swą zgodą, a potem odmówiła zgody na dalszy pobyt;
- art. 24 ustawy o OZP - **tw. przymusowa obserwacja** w celu rozpoznania lub wykluczenia choroby psychicznej.

Ustalenia kontroli wskazują, że nie były przestrzegane niektóre postanowienia ustawy o OZP oraz postanowienia aktów wykonawczych do tej ustawy dotyczące przyjęć w trybie nagłym na podstawie art. 23 ust. 1 ustawy o OZP, a w szczególności dotyczące powiadamiania przez kierownika szpitala sądu opiekuńczego o:

- przyjęciu do szpitala osób chorych psychicznie bez ich zgody. Okoliczności, że chorzy ci wyrazili zgodę na hospitalizację później, tj. w trakcie pobytu w szpitalu, nie zwalniała bowiem z obowiązku każdorazowego zawiadomienia o tym sądu - o czym stanowi § 7 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 listopada 1995 r. regulującego szczegółowy sposób działania szpitala psychiatrycznego w sprawach przyjmowania oraz wypisywania ze szpitala psychiatrycznego⁴⁰, zwanego dalej w rozp. MZiOS w sprawie przyjmowania i wypisywania ze szpitala”, które weszło w życie 6 stycznia 1996 r.;

Stan taki stwierdzono w Oddziale Psychiatrycznym Szpitala Miejskiego Nr 5 w Katowicach oraz w szpitalu psychiatrycznym w Świeciu n/Wisłą i Choroszczy. W tym ostatnim ordynatorzy oddziałów nie powiadomili dyrektora szpitala o przyjęciu 143 osób bez uzyskania ich pisemnej zgody, zaś Dyrektor tego Szpitala nie powiadomił sądu opiekuńczego o ich przyjęciu tłumacząc, iż w porozumieniu z sędzią sądu opiekuńczego odstąpiono od procedury kierowania do sądu

⁴⁰ Patrz - przypis 32.

zawiadomień o przyjęciu do szpitala osób bez ich zgody, jeżeli zgodę taką wyrazili później na oddziale,

- wypisaniu ze szpitala psychiatrycznego, na podstawie decyzji ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) osoby chorej psychicznie przebywającej w szpitalu bez jej zgody - do czego zobowiązują postanowienia art. 35 ust. 3 ustawy o OZP i § 9 ust. 2 rozp. MZiOS w sprawie przyjmowania i wypisywania ze szpitala.:

Fakty takie stwierdzono w szpitalach psychiatrycznych w: Jarosławiu, Radecznicy, Suwałkach, Świeciu n/Wisłą, Toszku, Złotoryi oraz w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych w: Lipnie, Katowicach (szpital Miejski Nr 5).

- pozostawieniu w szpitalu osoby przebywającej bez jej zgody w przypadku gdy dalszy pobyt w ocenie lekarza jest celowy a osoba ta wyraziła na to zgodę (tzn. o zmianie statusu pacjenta - w myśl art. 35 ust. 2 ustawy o OZP) mimo obowiązku wynikającego z art. 35 ust. 3 ustawy o OZP i § 9 ust. 4 rozp. MZiOS w sprawie przyjmowania i wypisywania ze szpitala. Na przykład:

w szpitalach psychiatrycznych w: Kielcach, Radecznicy.

Ustalono także, że w 3 kontrolowanych jednostkach nie przestrzegano terminów zawiadomienia, przez kierownika szpitala psychiatrycznego, sądu opiekuńczego miejsca siedziby szpitala o przyjęciu do szpitala na leczenie osób chorych psychicznie, które nie wyraziły na to zgody, w ciągu 72 godzin od daty przyjęcia - naruszając tym samym art. 23 ust. 4 ustawy o OZP.

W szpitalu psychiatrycznym w Branicach sąd powiadamiano dopiero w 10 dniu pobytu pacjenta w szpitalu; w szpitalu w Świeciu n/Wisłą - zwłoka w przekazywaniu zawiadomienia wynosiła od 14 godz. i 10 min. do 5 dni; w Złotoryi - na 28 wysłanych zawiadomień w 7 przypadkach, tj. 25% zawiadamiano sąd ze zwłoką wynoszącą od 1 do 6 dni.

W kilku kontrolowanych jednostkach (6) nie przestrzegano formy pisemnej przy zawiadamianiu sądu opiekuńczego o wypisaniu ze szpitala osoby przebywającej bez zgody w 1996 r. (tj. po wejściu w życie rozp. MZiOS w sprawie przyjmowania i wypisywania ze szpitala). Wzór zawiadomienia stanowi załącznik Nr 5 do ww. rozporządzenia. Sąd powiadamiano telefonicznie lub przy pomocy faxu.

W świetle wyjaśnień Dyrektorów szpitala w Branicy oraz Szpitala Ogólnego w Warszawie (Szpital Wolski - Oddział Psychosomatyczny) telefoniczne powiadamianie sądu skraca terminy przekazania wiadomości i sąd ten sposób postępowania akceptuje;

W niektórych badanych jednostkach nie stosowano przy powiadamianiu sądu opiekuńczego o: a) przyjęciu bez zgody, b) wyrażeniu zgody na dalszy pobyt w szpitalu przez osobę, która została przyjęta bez zgody i c) wypisaniu osoby przyjętej bez zgody - wzorów określonych w załączniku nr 3, 5 i 6 do rozp. MZiOS w sprawie przyjmowania i wypisywania ze szpitala.

Dotyczyło to szpitali psychiatrycznych w: Krakowie (szpital im.J. Babińskiego) i Suchowoli oraz oddziałów psychiatrycznych Szpitala im. L. Rydygiera w Krakowie.

Ustalono również w 6 jednostkach, że nie wypisywano niezwłocznie po otrzymaniu postanowienia sądu opiekuńczego o braku podstaw do przyjęcia osoby bez jej zgody do szpitala psychiatrycznego mimo takiego obowiązku określonego w art. 27 ustawy o OZP.

W szpitalu psychiatrycznym w Morawicy - na co zwrócił również uwagę sędzia Sądu Rejonowego w Kielcach w sprawozdaniu z dnia 22 lipca 1996 r. z kontroli legalności przyjmowania i przebywania osób z zaburzeniami psychicznymi - mimo, że sąd wydał orzeczenie w dniu 29 stycznia 1996 r. stwierdzające brak podstawy do przyjęcia pacjenta do szpitala bez jego zgody - pacjent został wypisany dopiero 4 kwietnia 1996 r.

Inne stwierdzone w trakcie kontroli nieprawidłowości dotyczyły:

- niezawiadamiania (w 5 jednostkach) w formie pisemnej kierownika szpitala psychiatrycznego o przyjęciu do szpitala osoby chorej psychicznie bez jej zgody przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) wg wzoru zawiadomienia określonego w załączniku nr 2 do rozp. MZiOS w sprawie przyjmowania i wypisania ze szpitala oraz nieegzekwowania przez kierownika szpitala od lekarzy wykonywania tego obowiązku wynikającego z postanowień § 6 ww. rozporządzenia.

W szpitalu psychiatrycznym w Morawicy ordynatorzy wyjaśniali, że skoro każdorazowo sporządzają zawiadomienia do sądu opiekuńczego o przyjęciu pacjenta bez zgody na drukach określonych w załączniku nr 3 do ww.

rozporządzenia, które to zawiadomienie podpisuje Dyrektor Szpitala, to nie ma uzasadnienia dla sporządzania dodatkowych zawiadomień na drukach wg wzoru określonego w załączniku nr 2,

Dyrektor szpitala w Złotoryi wyjaśnił, że informacje dotyczące przyjmowania pacjentów bez zgody, otrzymywał w trakcie obchodów dokonywanych codziennie i dlatego nie wymagał dodatkowego potwierdzenia tego faktu na piśmie.

Ordynator krakowskiego oddziału psychiatrycznego szpitala ogólnego w Krakowie (Szpital im. L. Rydygiera) - bez upoważnienia Dyrektora Szpitala zawiadomił telefonicznie sąd opiekuńczy o przyjęciu do szpitala osoby chorej psychicznie bez jej zgody, nie informując o powyższym Dyrektora Szpitala i tym samym uniemożliwiając mu zawiadomienie sądu,

- *nieprowadzenia w 8 kontrolowanych jednostkach rejestru osób przyjętych do szpitala bez zgody, zgodnie z wymaganiami § 8 rozp. MZiOS w sprawie przyjmowania i wypisania ze szpitala. Przepis ten stanowi, że lekarz kierujący oddziałem szpitala psychiatrycznego prowadzi rejestr wpisując odrębne przypadki przyjęcia bez zgody (na podstawie art. 23, 24, 28 i 29 ustawy o OZP), bez zgody, jeżeli zgoda została potem wyrażona na oddziale (na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy o OZP), niezdolnych do wyrażenia zgody (art. 22 ust. 5) oraz w sytuacji poważnych wątpliwości co do zdolności do wyrażenia zgody (art. 22 ust. 2).*

Przykłady takie odnotowano m.in. w szpitalach psychiatrycznych w: Gdańsku-Wrzeszczu, Suchowoli, Suwałkach, Żurawicy,

w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych w Rzeszowie (Szpital Zespolony Nr 1), Katowicach (Szpital Miejski Nr 5), Krakowie (Szpital im. L. Rydygiera).

Szczególne powody nieprowadzenia rejestru kontrolujący odnotowali w Szpitalu im. Czerniakowskiego w Brzegu, gdzie w latach 1995-1996 wszyscy pacjenci z zaburzeniami psychicznymi byli przyjęci za ich zgodą (wśród których nie było przypadków poważnych wątpliwości co do zdolności do wyrażenia zgody, a ponadto nie było osób niezdolnych do wyrażenia zgody). Powyższy fakt potwierdził w sprawozdaniach - wyznaczony przez Prezesa Sądu Wojewódzkiego w Opolu - sędzia wizytujący oddział w 1995 i 1996 r.

W zakresie leczenia elektrowstrząsami, które zostały zaliczone do świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta w § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 4 sierpnia 1995 r. w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych wymagających odrębnej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego⁴¹, zwanego dalej „rozp. MZiOS w sprawie świadczeń zdrowotnych o podwyższonym ryzyku”, które weszło w życie 7 września 1995 r., ustalenia kontroli wykazały, że nie zawsze uzyskiwano odrębną zgodę osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez zgody lub jej przedstawiciela ustawowego. Oświadczenie wyrażające zgodę ww. osoby lub jej przedstawiciela ustawowego nie było złożone na piśmie i dołączone do dokumentacji medycznej, w której to dokumentacji nie odnotowano również informacji o niemożności uzyskania zgody i konieczności zastosowania tego typu świadczenia zdrowotnego mimo braku zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego. Naruszono tym samym postanowienia § 2 ust. 2 i 3 ww. rozporządzenia przewidującego bezwzględny wymóg uzyskania zgody złożonej na piśmie i dołączenia jej do dokumentacji medycznej pacjenta.

Wskazane wyżej nieprawidłowości stwierdzono w szpitalach psychiatrycznych w: Jarosławiu, Lublinie, Lublińcu. W szpitalu w Olsztynie - decyzję w dwóch przypadkach podjął zespół lekarzy składających się z internisty, neurologa i anestezjologa.

Stosując wykładnię gramatyczną przepisów art. 33 ust. 3 ustawy o OZP oraz § 1 rozp. MZiOS w sprawie świadczeń zdrowotnych o podwyższonym ryzyku - należy stwierdzić, że nie rodzą one ustawowego obowiązku uzyskania odrębnej zgody pacjenta a tym bardziej jego rodziny jeżeli pacjent wyraził zgodę na przyjęcie do szpitala w myśl art. 22 ust. 1 ustawy o OZP. W niektórych szpitalach psychiatrycznych uznano więc, że wobec pacjenta przyjętego **za zgodą** nie mają zastosowania postanowienia ww. przepisów (np. w WZLP w Olsztynie).

Zdaniem NIK postępowanie lecznicze wobec osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego za jej zgodą odbywa się na podstawie akceptacji przez nią poszczególnych czynności leczniczych (art. 19 pkt 2 ustawy o ZOZ). Brak sprzeciwu pacjenta na zastosowanie wobec niego świadczeń zdrowotnych o podwyższonym ryzyku nie może być uważany za wyraz jego zgody, gdyż nie ujawnia jego woli w sposób dostateczny. Podkreślić należy, że formalna zgoda pacjenta udzielona w chwili przyjęcia do szpitala, nie obejmuje z zasady

⁴¹ Dz.U. Nr 100, poz. 503.

późniejszych, poważnych zabiegów, wskutek czego lekarz działa poza jej zakresem czyli bez zgody pacjenta.

W ocenie NIK uzyskiwanie również odrębnej zgody od pacjenta przyjętego do szpitala psychiatrycznego za jego zgodą na zastosowanie wobec niego świadczeń zdrowotnych o podwyższonym ryzyku (tak jak to się dzieje w niektórych kontrolowanych szpitalach np. w Choroszczy i Suwałkach) służy poszanowaniu praw pacjenta i upodmiotowieniu decyzji terapeutycznych.

W toku kontroli stwierdzono, że w 4 szpitalach psychiatrycznych u chorych przyjętych bez zgody w latach 1995-96 nie wykonywano świadczeń zdrowotnych o podwyższonym ryzyku z powodu braku warunków do ich stosowania. Pacjenci tych szpitali - w razie potrzeby byli kierowani do innych placówek lecznictwa psychiatrycznego. Działo się tak:

w szpitalach psychiatrycznych w: Kielcach, Żurawicy i Radecznicy. W tym ostatnim szpitalu mimo posiadania aparatu do elektrowstrząsów typu IR-1 Mectra Corp. produkcji USD o wartości 12.653,96 PLN - do dnia zakończenia kontroli nie wykonywano zabiegów, gdyż aparat nie został zamontowany i nie zostały przygotowane odpowiednie pomieszczenia na ten cel. Z wyjaśnień Dyrektora tego szpitala wynika, że w 1997 r. planuje się podjęcie leczenia elektrowstrząsami po przeszkoleniu pielęgniarek w oddziale anestezjologicznym w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Zamościu i po utworzeniu stanowiska anestezjologa w porozumieniu z ordynatorem oddziału anestezjologicznego w ww. zamojskim szpitalu oraz po wypożyczeniu defibrylatora z tego szpitala, który to defibrylator jest niezbędny dla rozpoczęcia leczenia elektrowstrząsami.

Pacjenci Oddziału Psychiatrycznego Szpitala Ogólnego w Brzegu wymagający zastosowania wobec nich świadczeń zdrowotnych o podwyższonym ryzyku kierowani byli do Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego w Opolu.

Kontrola dokumentacji medycznej osób hospitalizowanych bez zgody na podstawie art. 23 ust. 1 ustawy o OZP w szpitalach psychiatrycznych (oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych) wykazała, że lekarze nie odnotowywali w dokumentacji medycznej czynności, mimo ustawowego obowiązku dotyczącego:

- 1) wyjaśniania choremu psychicznie przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody i poinformowania go o jego prawach przez lekarza przyjmującego osobę do szpitala - nie

dopełniając tym samym obowiązku wynikającego z postanowień art. 23 ust. 3 i 5 ustawy o OZP oraz § 4 ust. 3 rozp. MZiOS w sprawie przyjmowania i wypisywania ze szpitala. Według relacji personelu medycznego wyjaśnienia takie w rzeczywistości miały miejsce lecz z pominięciem formalnego odnotowania w dokumentacji medycznej. Fakty naruszenia wymienionych przepisów stwierdzono w 23 badanych jednostkach, np.

w szpitalach psychiatrycznych w: Branicach, Jarosławiu, Kielcach, Krakowie (Szpital im. J.Babińskiego), Lubiążu, Morawicy, Radecznicy, Suchowoli, Toruniu, Żurawicy oraz w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych w: Ostrołęce, Rzeszowie (Szpital Nr 1), oraz w klinikach psychiatrycznych PSK Nr 5 AM w Poznaniu.

W szpitalu w Lublinie z-ca dyr. ds. opieki zdrowotnej zwrócił uwagę, że w historii choroby pacjenta nie ma odpowiedniej rubryki dotyczącej pouczenia pacjenta o jego prawach, a nadto, że pouczenie w Izbie Przyjęć pacjenta pobudzonego psychoruchowo nie wydaje się celowe, tym bardziej, że w chwili przyjęcia wbrew swej woli nie ma on możliwości korzystania z praw pacjenta. Każdy pacjent zapoznaje się ze swoimi prawami i obowiązkami po przyjęciu na Oddziale. Lekarz ten nie widzi więc potrzeby, by lekarz dyżurny Izby Przyjęć miał wpisywać w historię choroby oświadczenie, że pouczył pacjenta o jego prawach;

- 2) przeprowadzenia badania psychiatrycznego bez zgody osoby z zaburzeniami psychicznymi (na podstawie art. 21 ust. 1 ustawy o OZP) - zgodnie z art. 21 ust. 4 ustawy o OZP. Na przykład:

w szpitalu psychiatrycznym w Radomiu,

- 3) zasięgania, w miarę możliwości, opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa do czego zobowiązują postanowienia art. 23 ust. 2 i 5 ustawy o OZP i § 4 ust. 3 in fine rozp. MZiOS w sprawie przyjmowania i wypisywania ze szpitala. W dokumentacji nie było również adnotacji o niemożności uzyskania ww. opinii. Stwierdzono to w 8 badanych jednostkach, np.

w szpitalach psychiatrycznych w: Olsztynie, Świeciu n/Wisłą, oraz w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych w: Lipnie, Warszawie (Szpital Wolski), a także w Klinikach Psychiatrycznych Państwowego Szpitala Klinicznego Nr 5 AM w Poznaniu,

- 4) zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin decyzji lekarza o przyjęciu pacjenta bez jego zgody (art. 23 ust. 4 i 5 ustawy o OZP). Fakty takie odnotowano w 13 badanych zakładach, np.:

w szpitalach psychiatrycznych w: Branicach, Lublińcu, Radecznicy, Suchowoli, Złotoryi oraz w oddziale psychiatrycznym w szpitalu ogólnego w: Krakowie (Szpital im. L. Rydygiera),

- 5) zawiadamiania przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) kierownika szpitala o przyjęciu pacjenta bez jego zgody zgodnie z postanowieniami art. 23 ust. 4 i 5 ustawy o OZP oraz § 6 rozp. MZiOS w sprawie przyjmowania i wypisania ze szpitala; nieprawidłowości te ujawniono w 10 kontrolowanych jednostkach, m.in.:

w szpitalu psychiatrycznym w: Choroszczy, Gdańsku-Wrzeszczu, Morawicy, Suwałkach oraz w klinikach psychiatrycznych PSK Nr 5 AM w Poznaniu,

- 6) zawiadamiania sądu opiekuńczego przez kierownika szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia do szpitala osoby chorej psychicznie bez zgody (art. 23 ust. 4 i 5 ustawy o OZP). W dokumentacji medycznej brakowało często nie tylko stosownej adnotacji, ale również nie była załączana kopia pisma skierowanego do sądu gdyż zawiadomienie takie sporządzono tylko w jednym egzemplarzu (w 11 kontrolowanych jednostkach), np.:

w szpitalu psychiatrycznym w: Radomiu, Suchowoli, Toruniu, Złotoryi oraz w Oddziale Psychosomatycznym Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Ostrołęce,

- 7) zawiadamiania sądu opiekuńczego o wypisaniu ze szpitala pacjenta przyjętego bez zgody (art. 35 ust. 3 ustawy o OZP i § 9 ust. 2 rozp. MZiOS w sprawie przyjmowania i wypisywania ze szpitala). Nieprawidłowości takie stwierdzono w 10 badanych jednostkach np.

w szpitalu psychiatrycznym w: Branicach, Kielcach, Lublińcu, Morawicy, Suchowoli oraz w klinikach psychiatrycznych PSK Nr 5 AM w Poznaniu,

- 8) wskazania ustąpienia przyczyn przyjęcia i pobytu w szpitalu psychiatrycznym w momencie wypisania ze szpitala osoby przebywającej bez jej zgody do czego zobowiązują postanowienia § 9 ust. 1 rozp. MZiOS w sprawie przyjmowania i wypisania ze szpitala. Fakty takie ustalono w 5 kontrolowanych zakładach, m.in.:

w Oddziale Psychiatrycznym Szpitala Miejskiego Nr 5 ZOZ Lecznictwa Zamkniętego w Katowicach,

- 9) odnotowywania wniosków do sądu opiekuńczego o nakazanie wypisania ze szpitala, składanych w dowolnej formie przez osoby przebywające w szpitalach bez zgody. Ww. obowiązek wynika z art. 36 ust. 1 ustawy o OZP. Fakty takie odnotowano:

w szpitalach psychiatrycznych w: Lubiążu, Radecznicy,

- 10) zawiadamiania sądu opiekuńczego o zmianie statusu pacjenta przyjętego bez zgody po wyrażeniu przez niego zgody na pobyt i leczenie w szpitalu (art. 35 ust. 2 ustawy o OZP i § 9 ust. 3 i 4 rozp. MZiOS o przyjmowaniu i wypisywaniu ze szpitala. Przykłady takich nieprawidłowości odnotowano w 7 badanych jednostkach, m.in.:

w szpitalach psychiatrycznych w: Krakowie (Szpital im. J. Babińskiego) i Radecznicy.

W 20 kontrolowanych jednostkach (na 36) nie dokumentowano w żadnej pisemnej formie faktów wywiązywania się z ustawowego obowiązku, co do którego ustawa o OZP nie statuuje obowiązku odnotowywania w dokumentacji medycznej faktów dotyczących:

- 1) zapoznania pacjenta z planowanym postępowaniem leczniczym przez wyznaczonego lekarza (art. 33 ust. 2 ustawy o OZP) poprzez opisanie pacjentowi sposobu postępowania i powodów jego zastosowania. „Wobec osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody można stosować niezbędne czynności lecznicze, mające na celu usunięcie przewidzianych w ustawie przyczyn przyjęcia bez zgody” - art. 33 ust. 1 ustawy o OZP. Oznacza to, że pacjent przyjęty do szpitala w trybie nagłym i wnioskowym nie ma prawa odmowy leczenia, leczenie to nie może jednak wykraczać poza zakres ustalony w art. 33 ust. 1 ustawy o OZP. W świetle tego przepisu postępowanie lecznicze nie służące bezpośrednio usunięciu przyczyn przyjęcia bez zgody jest niedopuszczalne. Adekwatność terapii określonego w tym przepisie celu oceniana jest według zasad wiedzy medycznej.

Wyżej określone czynności lekarza nie były odnotowane w dokumentacji medycznej ani w żadnej innej pisemnej formie. Nigdzie również nie odnotowano faktu istnienia takiego planu leczenia mającego na celu usunięcie przewidzianych w ustawie przyczyn przyjęcia bez zgody, o których mowa w art. 33 ust. 1 i 2 ustawy o OZP, a także nie odnotowano w dokumentacji medycznej faktu, że zapoznanie pacjenta z ww. planem było niewykonalne ze względu na stan pacjenta (przyczyn niezapoznania z planowanym leczeniem). W 20

kontrolowanych jednostkach stwierdzono, że sposób leczenia (a nie plan leczenia) odnotowywano w historii choroby pacjenta bądź w indywidualnych kartach zleceń lekarskich.

W szpitalach psychiatrycznych np. w Choroszczy i Jarosławiu sposób leczenia odnotowywano w historii choroby pacjenta; w Kielcach, Krakowie (Szpital im. J. Babińskiego), Lublinie - sposób leczenia odnotowywany był w indywidualnych kartach zleceń lekarskich zakładanych każdemu pacjentowi. Wg wyjaśnień Dyrektora Szpitala w Żurawicy o planowanym postępowaniu leczniczym informuje się pacjentów ustnie, ale tylko tych których stan psychiczny umożliwia zrozumienie tych informacji.

Z wyjaśnień ordynatora Oddziału Psychosomatycznego szpitala ogólnego w Ostrołęce wynika, że zapisów w dokumentacji medycznej nie dokonywano, ponieważ informacje o planie i formie leczenia, jego przebiegu i ewentualnych objawach niepożądanych były udzielane pacjentom ustnie w ramach tzw. kontaktu terapeutycznego przy przyjęciu do Oddziału lub przy konieczności zmiany kuracji.

W pozostałych szpitalach psychiatrycznych zdarzały się przypadki odnotowywania przez lekarzy w dokumentacji medycznej pacjenta:

- faktu zapoznania chorego z planowanym postępowaniem leczniczym. Na przykład:

w szpitalach psychiatrycznych w: Lubiążu, Morawicy, Toszku oraz w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych w: Poznaniu (resortowy szpital MSW), Sandomierzu, a także w klinikach psychiatrycznych PSK Nr 5 AM w Poznaniu,

- przyczyny niezapoznania z planowanym postępowaniem leczniczym. Na przykład:

w Oddziale Psychiatrycznym ZOZ w Lipnie (ze względu na stan psychiczny - ośpienie, demencja, pacjenta nie zapoznano z planem postępowania leczniczego).

Plan leczenia wraz ze stosowanymi lekami zapisywano w „Indywidualnej karcie zleceń lekarskich” prowadzonej dla wszystkich pacjentów. Na przykład:

w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Branicach;

- 2) przedstawiania sędziemu wizytującemu szpital dokumentacji medycznej osoby przyjętej do szpitala bez zgody na podstawie art. 23, 24 lub 28 ustawy o OZP. Ustawa o OZP nie zobowiązuje do odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej pacjenta. Zgodnie

z art. 45 ust. 2 ustawy o OZP sędzia wysłuchuje ww. osobę nie później niż w terminie 48 godzin od otrzymania zawiadomienia o: przyjęciu do szpitala osoby chorej bez zgody, przyjęcia na przymusową obserwację oraz o przymusowym zatrzymaniu w szpitalu.

W ponad 1/3 skontrolowanych jednostek nie dokumentowano w żadnej pisemnej formie terminu i faktu wysłuchania pacjenta przez sędziego w terminie 48 godzin od otrzymania zawiadomienia. Fakty takie ujawniono m.in.:

w szpitalach psychiatrycznych w: Gdańsku-Wrzeszczu, Krakowie (Szpital im. J. Babińskiego), Kielcach.

Ordynator Oddziału III szpitala w Toruniu w trakcie kontroli, zobowiązał na piśmie pielęgniarki tego Oddziału do dopilnowania, aby sędzia wizytujący odnotował wysłuchanie pacjentów przyjętych bez zgody w karcie historii choroby.

W praktyce 7 kontrolowanych szpitali w dokumentacji medycznej odnotowuje się fakt wysłuchania pacjenta przez sędziego wizytującego, ale nie w każdym przypadku. Na przykład:

w szpitalach psychiatrycznych w: Gdańsku-Wrzeszczu, Morawicy, Radomiu, Suchowoli oraz w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych w: Lipnie, Krakowie (Szpital im. L. Rydygiera) i Ostrołęce.

Sędzia wizytujący z reguły nie dokonywał wpisów o wysłuchaniu pacjenta w jego dokumentacji medycznej, ale w niektórych szpitalach:

- własnoręcznym podpisem poświadczal przedstawienie mu dokumentacji medycznej pacjenta do wglądu, a w przypadku wyrażenia zgody na pobyt i leczenie w szpitalu stosowne oświadczenie było opatrzone datą i podpisem pacjenta i sędziego. Na przykład:

w Psychiatrycznym Specjalistycznym ZOZ w Lublinie,

- odnotowywał w dokumentacji medycznej pacjenta fakt wysłuchania w ciągu 48 godzin od otrzymania zawiadomienia o przyjęciu pacjenta bez zgody. Na przykład:

w Wojewódzkim Zespole Publicznych Zakładów Psychiatrycznych Opieki Zdrowotnej w Warszawie przy ul. Nowowiejskiej oraz

w Oddziale Psychosomatycznym Szpitala Wolskiego w Warszawie,

- podpisywał sporządzony protokół wysłuchania pacjenta, a kopię protokołu dołączał do historii choroby pacjenta. Na przykład:

w Specjalistycznym Psychiatrycznym ZOZ w Choroszczy,

- 3) poinformowania osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez zgody lub jej przedstawiciela ustawowego przez lekarza o dających się przewidzieć skutkach zdrowotnych zastosowanych świadczeń o podwyższonym ryzyku (§ 2 ust. 1 rozp. MZiOS w sprawie wykazu świadczeń wymagających odrębnej zgody). Ustawa o OZP nie wymaga odnotowywania ww. czynności w dokumentacji medycznej. Wywiązywanie się lekarzy z ww. obowiązku nie było udokumentowane w żadnej pisemnej formie w 7 kontrolowanych jednostkach np.:

w szpitalach psychiatrycznych w: Lublińcu, Morawicy oraz w I Klinice Chorób Psychiczych PSK Nr 1 AM w Gdańsku.

Do zgody udzielanej przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego należy stosować przepisy k.c.o wadach oświadczenia woli. Pacjent (lub jego przedstawiciel ustawowy) musi zatem znać przedmiot zgody, wiedzieć o ryzyku zabiegu i jego następstwach, które w przypadku leczenia np. elektrowstrząsami mogą być nieodwracalne (np. złamanie kręgu piersiowego). Należy w tym miejscu podkreślić, że zgoda nie „objaśniona” jest wadliwa, wskutek czego lekarz działa bez zgody i naraża się na odpowiedzialność cywilną za szkodę wyrządzoną pacjentowi, nawet gdy postępuje zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej (czyn niedozwolony - art. 415 kc i n., z wyjątkiem gdy działa w stanie wyższej konieczności, jeżeli pacjent wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia nie może wyrazić zgody i nie można porozumieć się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym).

Tylko w 2 kontrolowanych szpitalach psychiatrycznych fakt informowania o zastosowaniu świadczeń o podwyższonym ryzyku i dających się przewidzieć następstwach zastosowania albo zaniechania był dokumentowany. Były to:

Psychiatryczny Specjalistyczny ZOZ w Lublinie (do dokumentacji medycznej pacjenta dołączono oświadczenia podpisane własnoręcznie przez pacjenta, opatrzone datą, że wyraża zgodę na zabiegi elektryczne w znieczuleniu ogólnym i wiadomo mu o skutkach jakie mogą nastąpić w związku z zastosowaniem tego typu świadczenia zdrowotnego) oraz Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotoryi;

- 4) uprzedzenia, przed przystąpieniem do badania, osoby badanej lub jej przedstawiciela ustawowego o przyczynach przeprowadzenia badania bez jej zgody. Obowiązek ten wynika

z art. 21 ust. 2 ustawy o OZP, która jednocześnie nie zawiera przepisu zobowiązującego do odnotowania tej czynności w dokumentacji medycznej pacjenta. Wywiązywanie się lekarzy z ww. obowiązku nie było dokumentowane w żadnej pisemnej formie. Fakty takie stwierdzono w 5 kontrolowanych jednostkach, np.: w *Oddziale Psychiatrycznym ZOZ w Ilawie*.

Z analizy dokumentacji medycznej pacjentów przyjętych do szpitala psychiatrycznego (oddziału psychiatrycznego szpitala ogólnego): **w trybie „wnioskowym”** (art. 29 ustawy o OZP), **na przymusową obserwację** (art. 24 ustawy o OZP) oraz **przymusowo zatrzymanych** w szpitalu na podstawie art. 28 ustawy o OZP wynika, że w dokumentacji medycznej pacjenta nie odnotowywano, mimo obowiązku ustawowego, czynności dotyczących:

- wyjaśnienia choremu przyczyny umieszczenia bądź zatrzymania w szpitalu bez jego zgody oraz poinformowaniu pacjenta o jego prawach. Obowiązek odnotowania powyższej czynności określony został w art. 23 ust. 3 i 5 w związku z art. 24 ust. 3, 28 i 31 ustawy o OZP. Nieprawidłowości takie stwierdzono:
 - w przypadku pacjentów przyjętych bez zgody na podstawie art. 29 ustawy o OZP w 7 jednostkach, np. w szpitalu psychiatrycznym w: *Radecznicy, Świeciu n/Wisłą, Złotoryi* i w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych w: *Ostrołęce i Warszawie (szpital Wolski)*;
 - w przypadku przymusowego zatrzymania na podstawie art. 28 ustawy o OZP w 9 jednostkach organizacyjnych, np.: w szpitalu psychiatrycznym w: *Choroszczy, Lubiążu, Morawicy, Radomiu*. Z wyjaśnienia Dyrektora tego ostatniego szpitala wynika, że czasami podanie przyczyn zatrzymania może wpłynąć negatywnie na dalsze leczenie;
 - w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi umieszczonymi w szpitalu na przymusową obserwację w celu rozpoznania lub wykluczenia choroby psychicznej na podstawie art. 24 ustawy o OZP w 10 jednostkach organizacyjnych, np.: w szpitalach psychiatrycznych w: *Gdańsku-Wrzeszczu, Krakowie (szpital im. J. Babińskiego), Lublinie, Suchowoli*, w oddziałach psychiatrycznych szpitala ogólnego w: *Katowicach (szpital Nr 5), Ostrołęce*;

- zawiadomienia sądu opiekuńczego przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) o wypisaniu ze szpitala psychiatrycznego pacjentów przyjętych w trybie wnioskowym, na przymusową obserwację i przymusowo zatrzymanych do czego zobowiązują postanowienia art. 23 ust. 3 w związku z art. 31, 35 ust. 3 ustawy o OZP oraz § 9 rozp. MZiOS w sprawie przyjmowania i wypisania ze szpitala.

Fakty takie stwierdzono w 4 jednostkach w przypadku osób przyjętych na podstawie art. 28 ustawy o OZP, tj. w szpitalach psychiatrycznych w: Lublińcu, Suwałkach, Złotoryi i w Oddziale Psychiatrycznym Szpitala Miejskiego Nr 5 w Katowicach,

W 2 jednostkach kontrolowanych - w przypadku osób przyjętych na podstawie art. 29 ustawy o OZP, tj. w szpitalu psychiatrycznym w Suchowoli i Oddziale Psychiatrycznym Szpitala Miejskiego Nr 5 w Katowicach,

Również w 2 jednostkach kontrolowanych - w przypadku osób przyjętych na podstawie art. 24 ustawy o OZP, tj. w szpitalu psychiatrycznym w Złotoryi, i Oddziale Psychiatrycznym Szpitala Miejskiego Nr 5 w Katowicach;

- zatwierdzania decyzji lekarza przez ordynatora (lekarz kierujący oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przymusowego zatrzymania bądź przyjęcia na przymusową obserwację (art. 23 ust. 4 i 5 w związku z art. 24 ust. 3 i art. 28 ustawy o OZP).

Fakty takie ujawniono w 5 jednostkach kontrolowanych w przypadku pacjentów przymusowo zatrzymanych, m.in. w szpitalu psychiatrycznym w: Lublińcu i Radomiu, w oddziale psychiatrycznym szpitala ogólnego w: Katowicach (Szpital Miejski Nr 5), oraz w I Klinice Chorób Psychiatrycznych PKS Nr 1 AM w Gdańsku;

- zawiadomienia kierownika szpitala psychiatrycznego o przyjęciu pacjenta na przymusową obserwację przez ordynatora oddziału do czego zobowiązują postanowienia art. 23 ust. 4 i 5 w związku z art. 24 ust. 3 ustawy o OZP oraz § 6 rozp. MZiOS w sprawie przyjmowania i wypisywania ze szpitala. Wzór zawiadomienia określa załącznik nr 2 do ww. rozporządzenia.

Nieprawidłowości takie stwierdzono w 3 kontrolowanych jednostkach, tj. w szpitalu psychiatrycznym w Warszawie (szpital przy ul. Nowowiejskiej)

i oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych w: Ostrołęce i Katowicach (Szpital Miejski Nr 5);

- zawiadomienia przez kierownika szpitala psychiatrycznego sądu opiekuńczego miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przymusowego zatrzymania (tj. o zmianie statusu pacjenta przyjętego za zgodą, który potem odmówił zgody na dalszy pobyt lecz jego zachowanie wskazuje na to, że zachodzą okoliczności przewidziane w art. 23 ust. 1 ustawy o OZP) bądź od chwili przyjęcia na przymusową obserwację - do czego zobowiązuje art. 23 ust. 4 i 5 w związku z art. 28 i 24 ust. 3 ustawy o OZP.

W Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Lublińcu - w przypadku pacjentów przymusowo zatrzymanych,

w oddziałach psychiatrycznych szpitala ogólnego w: Ostrołęce i Katowicach (Szpital Miejski Nr 5) - w przypadku pacjentów przyjętych na obserwację;

- opisanie i uzasadnienie przez lekarza kierującego oddziałem, przy wypisywaniu pacjenta ze szpitala, okoliczności wskazujących iż ustąpiły przyczyny przymusowego zatrzymania (tj. bezpośredniego zagrożenia życia tej osoby albo życia lub zdrowia innych osób) - do czego zobowiązują postanowienia § 9 ust. 1 rozp. MZiOS w sprawie przyjmowania i wypisywania ze szpitala - w Psychiatrycznym Specjalistycznym ZOZ w Lublinie.

Inne nieprawidłowości dotyczyły:

- niezawiadomienia sądu opiekuńczego o przyjęciu pacjenta na przymusową obserwację w związku z niewywiązywaniem się z obowiązku zatwierdzenia decyzji lekarza przez ordynatora oddziału i zawiadomienia dyrektora szpitala o takim przyjęciu - naruszono tym samym postanowienia art. 23 ust. 4 w związku z art. 24 ust. 3 ustawy o OZP (Oddział Psychiatryczny Szpitala Miejskiego Nr 5 ZOZ Lecznictwa Zamkniętego w Katowicach);
- nieprzestrzegania 7 dniowego terminu zatrzymania pacjenta⁴² oraz niepowiadomienie sądu opiekuńczego o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi na przymusową obserwację a więc z naruszeniem art. 24 ust. 2, art. 23 ust. 4 w związku z art. 24 ust. 3 ustawy o OZP (procedura osób przyjętych na obserwację jest analogiczna jak

⁴² Ustawa z dnia 31 lipca 1997 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. Nr 113, poz. 731) przewiduje przedłużenie czasu pobytu w szpitalu na przymusowej obserwacji do 10 dni, ponieważ okres 7 dni okazał się w praktyce zbyt krótki dla przeprowadzenia obserwacji wykluczającej bądź potwierdzającej chorobę psychiczną.

wobec pacjentów przyjętych bez ich zgody, w tym zawiadomienie sądu o uzyskaniu zgody na dalszy pobyt w szpitalu) w 3 kontrolowanych jednostkach m.in.:

w oddziałach psychiatrycznych szpitala ogólnego w: Katowicach (w Szpitalu Miejskim Nr 5), gdzie pobyt chorych trwał od 10 do 11 dni;

- niestosowania formy pisemnej zawiadamiania sądu opiekuńczego o przyjęciu na przymusową obserwację wg wzoru zawiadomienia określonego w załączniku nr 2 do rozp. MZiOS w sprawie przyjmowania i wypisywania ze szpitala psychiatrycznego.

w Oddziale Psychiatrycznym W.Sz.Z. w Ostrołęce - powiadomiono sąd przy pomocy faxu.

Ponadto nie dokumentowano w żadnej pisemnej formie:

- faktu zapoznania pacjenta przez wyznaczonego lekarza z planowanym postępowaniem leczniczym. Obowiązek zapoznania osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody z planowanym postępowaniem leczniczym wynika z postanowień art. 33 ust. 2 ustawy o OZP, która jednocześnie nie zawiera postanowień dotyczących obowiązku odnotowania tych czynności w dokumentacji medycznej pacjenta.

w szpitalu psychiatrycznym w Świeciu n/Wisłą w przypadku pacjentów przyjętych w trybie wioskowym na podstawie art. 29 ustawy o OZP nie odnotowywano faktu zapoznania ich z planowanym postępowaniem leczniczym;

- faktu wysłuchania przez sędziego osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego w trybie art. 24 i 28 ustawy o OZP nie później niż w terminie 48 godzin od otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w art. 23 ust. 4 ustawy o OZP, o przyjęciu pacjenta na przymusową obserwację bądź o przymusowym zatrzymaniu (zmianie statusu pacjenta). Należy jednak dodać, że ustawa o OZP nie zawiera postanowień dotyczących obowiązku odnotowania tych czynności w dokumentacji medycznej pacjenta. Na przykład:

w Oddziale Psychiatrycznym Szpitala Miejskiego Nr 5 w Katowicach - w przypadku pacjentów przymusowo zatrzymanych nie odnotowano faktu ich wysłuchania przez sędziego oraz

w Oddziale Psychiatrycznym W.Sz.Z. w Ostrołęce - w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi przyjętych na przymusową obserwację bądź przymusowo zatrzymanych.

W niektórych szpitalach psychiatrycznych w latach 1995-1996 nie odnotowano przyjęć do szpitali:

- w trybie „wnioskowym”⁴³:

w Oddziale Psychiatrycznym Szpitala Rejonowego w Sandomierzu i w I Klinice Chorób Psychicznych PSK Nr 1 AM w Gdańsku;

- na przymusową obserwację:

w szpitalach psychiatrycznych w: Branicach, Kielcach, Świeciu n/Wisłą i oddziałach psychiatrycznych szpitala ogólnego w: Iławie, Rzeszowie (Szpital Zespolony Nr 1), Warszawie (Szpital Wolski) oraz w I Klinice Chorób Psychicznych PSK Nr 1 AM w Gdańsku;

- oraz przymusowego zatrzymania:

w szpitalach psychiatrycznych w: Branicach, Kielcach, Świeciu n/Wisłą oraz oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych w Krakowie (Szpital im. L. Rydygiera), Rzeszowie (Szpital Zespolony Nr 1).

Szpitaly psychiatryczne (w tym oddziały psychiatryczne resortowych służb zdrowia MON, MSW, PKP) obowiązane są udzielać bezpłatnie świadczeń zdrowotnych osobom chorym psychicznie i upośledzonym umysłowo (art. 10 ust. 1 ustawy o OZP).

Osobom tym przysługują ponadto bezpłatne leki i artykuły szpitalne oraz pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia (art. 10 ust. 2 ustawy o OZP).

Ponieważ w ustawie nie określano bliżej sytuacji pacjenta z zaburzeniami psychicznymi, przyjętego do szpitala psychiatrycznego bez zgody wtedy, gdy zagraża on bezpośrednio swojemu życiu, bądź życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest on chory psychicznie (art. 24 ustawy o OZP), trudno o jednoznaczną odpowiedź czy osoba taka jest uprawniona do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych. Nie jest rozstrzygnięta także sytuacja osób nie posiadających uprawnień do świadczeń resortowej służby zdrowia oraz zasad

⁴³ W związku z trudnościami jakie pojawiły się w toku wykonywania trybu wnioskowego (będących przyczyną przewlekłości postępowania i małej liczby przyjęć chorych w tym trybie do szpitala psychiatrycznego) polegającymi na braku regulacji umożliwiającej przymusowe doprowadzenie osób z art. 29: a) do lekarza wydającego świadectwo, b) do biegłego wydającego opinię, c) na rozprawę sądową, d) do szpitala psychiatrycznego - powołana w przypisie 42 ustawa przewiduje wprowadzenie dodatkowych przepisów do poszczególnych artykułów określających kolejne etapy postępowania: wniosek (art. 29), świadectwo lekarskie (art. 30), opinia biegłego (art. 46), rozprawa sądowa (art. 45), wykonanie postanowienia o hospitalizacji.

udzielania świadczeń osobom posiadającym takie uprawnienia do korzystania ze świadczeń w innych zoz-ach (świadczenie wzajemne). Rada Ministrów nie wydała bowiem aktu wykonawczego o charakterze obligatoryjnym do art. 70 ust. 3 ustawy o ZOZ dotyczącego określenia sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych przez MON, MSW i PKP⁴⁴.

W Oddziale Psychiatrycznym Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej Zarządu Służby Zdrowia MSW w Poznaniu, zapewniającym opiekę medyczną osobom uprawnionym całego resortu MSW, leczeni byli pacjenci nie posiadający uprawnień do świadczeń tego zakładu za pełną odpłatnością, w tym również pacjenci chorzy psychicznie.

Szczególne miejsce wśród gwarancji zabezpieczających przestrzeganie praw pacjentów w szpitalach psychiatrycznych ustawa rezerwuje dla sądu opiekuńczego. Zakres działania tego sądu obejmuje bowiem kontrolę i nadzór nad legalnością przyjmowania i przebywania w szpitalach psychiatrycznych osób z zaburzeniami psychicznymi oraz warunków, w jakich te osoby przebywają. Materia ta uregulowana została w rozporządzeniu Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 lutego 1995 r.⁴⁵, zwanym dalej „rozp. Ministra Sprawiedliwości”, które weszło w życie 1 marca 1995 r. Na podstawie § 4 pkt 1 tego rozporządzenia sędzia powinien przeprowadzić co najmniej raz w roku lub doraźnie kontrolę szpitala psychiatrycznego - obejmującą całokształt spraw podlegających kontroli albo kontrole obejmujące tylko niektóre zagadnienia, przeprowadzane w miarę potrzeby. Prezes sądu wojewódzkiego obowiązany jest przesłać odpis sprawozdania z przeprowadzonej kontroli w terminie 14 dni od zakończenia kontroli m.in. kierownikowi kontrolowanego szpitala (por. § 6.ust.2.ww rozp. Ministra Sprawiedliwości).

Na podstawie przesłanych do badanych jednostek organizacyjnych, odpisów sprawozdań z przebiegu przeprowadzonej kontroli przez sędziego ustalono, że wyznaczeni

⁴⁴ W świetle przepisu art. 70 ust. 3 w brzmieniu nadanym mu przez ustawę z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 104, poz. 661) - Rada Ministrów, w drodze rozporządzenia, 1/ określi szczegółowe zasady współdziałania zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej, Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz przez przedsiębiorstwo państwowe „PKP”, w celu udzielania świadczeń , 2/ może określić kategorie osób uprawnionych do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zakłady opieki zdrowotnej, o których mowa wyżej;

⁴⁵ Patrz - przypis 25.

przez Prezesa sądu wojewódzkiego sędziowie sądu opiekuńczego, w okresie objętym kontrolą (lata 1995-1996) przeprowadzili:

- w 1995 r. w 17 szpitalach psychiatrycznych (oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych) - 20 kontroli, w tym w 3 jednostkach dwukrotnie (w I Klinice Chorób Psychiczych PSK Nr 1 AM w Gdańsku, w szpitalach psychiatrycznych w Branicach i Gdańsku-Wrzeszczu),
- w 1996 r. w 24 szpitalach - 29 kontrole, w tym w 5 jednostkach organizacyjnych po dwie kontrole (w I Klinice Chorób Psychiczych PSK Nr 1 AM w Gdańsku, w szpitalach psychiatrycznych w: Gdańsku-Wrzeszczu, Morawicy, Świeciu n/Wisłą, we Wrocławiu).

W okresie objętym kontrolą nie przeprowadzono w ogóle kontroli sądowej przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi w 30% badanych jednostek, np. w szpitalu psychiatrycznym w Choroszczy, Gnieźnie, Ostrołęce, Toszku, Żurawicy oraz w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych w: Katowicach (Szpital Miejski Nr 5) i Poznaniu (ZOZ MSW).

Z materiałów kontroli wynika, że praktyka sądów jest niejednolita jeśli chodzi o miejsce odbywania rozpraw sądowych. W okresie objętym kontrolą (lata 1995-1996) na 24 skontrolowanych szpitali psychiatrycznych rozprawy sądowe odbywały się:

- w 1995 r. w 11 przypadkach w sądzie, w 8 w szpitalu, a w 5 przypadkach w obu tych miejscach,
- w 1996 r. w 14 przypadkach w sądzie, w 6 w szpitalu, a w 4 - w obu tych instytucjach (patrz - Tabela 3).

Na 12 skontrolowanych oddziałów psychiatrycznych szpitali ogólnych, w jednym z nich nie było pacjentów przyjętych bez zgody (Oddział Psychiatryczny ZOZ w Brzegu). W pozostałych (11) rozprawy odbywały się: zarówno w 1995 r. jak i w 1996 r. w 4 przypadkach w sądzie, w 3 w szpitalu, a w 4 - w obu tych miejscach (patrz - Tabela 4).

W badanym okresie (1995-1996) do 24 szpitali psychiatrycznych wpłynęło:

- w 1995 r. - 4.756 orzeczeń wydanych przez sąd opiekuńczy, w tym 2.785 akceptujących decyzję lekarza i 55 nie akceptujących decyzji lekarza (1,2%),
- w 1996 r. - 6.059 orzeczeń, w tym 3.634 akceptujących i 96 nie akceptujących decyzji lekarza (1,5%). (Patrz - Tabela 3).

W tym samym czasie do 11 oddziałów psychiatrycznych szpitali ogólnych (w Oddziale Psychiatrycznym ZOZ w Brzegu nie przebywali pacjenci przyjęci bez zgody) wpłynęło:

- w 1995 r. - 133 orzeczeń wydanych przez sąd opiekuńczy, w tym 79 akceptujących decyzję lekarza i 2 nie akceptujące decyzji lekarza (tj. 1,5%),
- w 1996 r. - 200 orzeczeń, w tym 112 akceptujących i 3 nie akceptujące (Patrz - Tabela 4).

Ustalono, że sąd opiekuńczy w badanym okresie przeprowadził rozprawy bez udziału pacjentów:

- a) szpitali psychiatrycznych (24) - w 1995 r. w 1.277 przypadkach, w 1996 r. - w 1.573 przypadkach (Patrz - Tabela 3),
- b) oddziałów psychiatrycznych szpitali ogólnych (11) - w 1995 r. w 71 przypadkach, w 1996 r. - w 111 przypadkach (Patrz - Tabela 4).

Zgodnie z postanowieniami art. 151 Kpc posiedzenia sądu odbywają się z zasady w siedzibie sądu, a ewentualnie decyzja o zmianie miejsca zależy wyłącznie od sędziego. Postępowanie bez udziału pacjenta jest formalnie możliwe pod warunkiem poprzedzającego przesłuchania go w drodze pomocy sądowej, czemu może m.in. służyć wstępne przesłuchanie przez sędziego osoby przyjętej bez zgody (art. 45 ust. 2 ustawy o OZP)⁴⁶.

W świetle wyników kontroli należy stwierdzić, że pacjenci którzy mogą i chcą brać udział w rozprawie, nie mają zapewnionej możliwości uczestniczenia w rozprawie sądowej.

2.3. Stosowanie przymusu bezpośredniego

Stosowanie przymusu bezpośredniego reguluje art. 18 ustawy o OZP oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego⁴⁷, zwane dalej „rozp. MZiOS w sprawie przymusu bezpośredniego”. Weszło ono w życie w dniu 16 września 1995 r.

Zastosowanie przymusu bezpośredniego polega na przytrzymaniu, przymusowym zastosowaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji (art. 18 ust. 3 ustawy o OZP) osoby z zaburzeniami psychicznymi gdy dopuszcza się ona zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu, życiu lub zdrowiu innej osoby, bezpieczeństwu powszechnemu bądź w sposób

⁴⁶ W świetle przepisu art. 45 ust. 1a ustawy z dnia 31 lipca 1997 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. Nr 113, poz. 731) w przypadkach uzasadnionych interesem osoby, której postępowanie dotyczy bezpośrednio, sąd zarządza przeprowadzenie rozprawy w szpitalu.

⁴⁷ Dz.U. Nr 103, poz. 514.

gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu (art. 18 ust. 1 ustawy o OZP) albo w przypadku konieczności dokonania niezbędnych czynności leczniczych oraz w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu szpitala psychiatrycznego przez osobę bez zgody (art. 34 ustawy o OZP).

Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego powinien być odnotowany w dokumentacji medycznej pacjenta (art. 18 ust. 2 ostatnie zdanie ustawy o OZP oraz § 9 ust. 4 rozp. MZiOS w sprawie przymusu bezpośredniego).

Z ustaleń kontroli wynika, że najczęściej stosowanym środkiem przymusu było unieruchomienie z użyciem pasów (skórzanych lub parcanych) oraz kaftana bezpieczeństwa, które to unieruchomienie „jest dłużej trwającym obezwładnieniem osoby” (§ 5 rozp. MZiOS w sprawie przymusu bezpośredniego). Rzadziej stosowano środki przymusu takie jak przytrzymanie (krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej - § 3 rozp. MZiOS), przymusowe zastosowanie leków (doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby bez jej zgody - § 4 rozp. MZiOS) lub izolację (umieszczenie osoby pojedynczo w zamkniętym pomieszczeniu - § 6 rozp. MZiOS). W niektórych szpitalach izolacji nie stosowano w ogóle np. w Wojewódzkim Zespole Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Radomiu.

W toku kontroli ustalono, że lekarze stosując przymus bezpośredni wobec pacjentów nie w każdym przypadku przestrzegali postanowień ustawy o OZP oraz rozp. MZiOS w sprawie przymusu bezpośredniego:

- 1) zdarzały się przypadki (2 szpitale) niewypełniania Karty zastosowania unieruchomienia lub izolacji, zwanej dalej „Kartą” (wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do rozp. MZiOS w sprawie przymusu bezpośredniego), mimo że po zleceniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz obowiązany jest wypełnić niezwłocznie Kartę uzasadniając przyczyny zastosowania przymusu, jego rodzaj i czas unieruchomienia lub izolacji zgodnie z postanowieniami § 11 ust. 1 rozp. MZiOS w sprawie przymusu bezpośredniego.

Brak Karty zastosowania unieruchomienia stwierdzono w szpitalach psychiatrycznych w: Lublińcu i we Wrocławiu;

- 2) w 10 kontrolowanych jednostkach w 1996 r. stosowano („ze względów oszczędnościowych”) Karty zastosowania unieruchomienia - niezgodne ze wzorem Karty

określonym w załączniku nr 1 do rozp. MZiOS w sprawie przymusu bezpośredniego. W Kartach tych brakowało rubryki dotyczącej daty i godziny przedłużenia przymusu, jak również danych o osobie przedłużającej czas trwania unieruchomienia. Fakty takie stwierdzono np.:

w szpitalach psychiatrycznych w: Jarosławiu, Lublinie, Radecznicy, Suchowoli i w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych w: Hławie i Rzeszowie (Szpital Zespolony Nr 1);

3) w 6 kontrolowanych jednostkach w Kartach zastosowania unieruchomienia:

- nie odnotowywano przyczyny i rodzaju unieruchomienia, mimo wymogu określonego w § 11 ust. 1 rozp. MZiOS w sprawie przymusu bezpośredniego. Na przykład:

w szpitalach psychiatrycznych w: Lublińcu, Suchowoli, Świeciu n/Wisłą oraz w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych w Brzegu i Ostrołęce;

- w wielu przypadkach (dotyczyło to 1/3 kontrolowanych jednostek) brak było zapisów dotyczących zakończenia zastosowania przymusu i podsumowania czasu trwania unieruchomienia - § 11 ust. 1 rozp. MZiOS w sprawie przymusu bezpośredniego. Na przykład:

w szpitalach psychiatrycznych w: Branicach, Rybniku, Suchowoli oraz w oddziale psychiatrycznym szpitala ogólnego w Warszawie, gdzie lekarz Oddziału Psychosomatycznego Szpitala Wolskiego przedłużając unieruchomienie, nie odnotował daty i godziny przedłużenia w przypadku gdy czas trwania unieruchomienia wynosił 59 godz. i 30 minut. Z zapisów w dokumentacji medycznej pacjenta wynikało natomiast, że przedłużenie unieruchomienia nastąpiło po 4 godz. od jego zastosowania. Podobne nieprawidłowości stwierdzono w Klinice Psychiatrii Dorosłych i Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży PSK Nr 5 AM w Poznaniu;

- w 4 jednostkach stwierdzono brak adnotacji dotyczących nazwisk osób zlecających i przedłużających zastosowanie przymusu. Na podstawie art. 18 ust. 2 ustawy o OZP i § 9 ust. 2 i 3 rozp. MZiOS w sprawie przymusu bezpośredniego, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, a jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje pielęgniarka, która jest zobowiązana niezwłocznie zawiadomić lekarza.

Stan taki odnotowano np. w szpitalach psychiatrycznych w: Lubiążu i Wrocławiu;

W 8 kontrolowanych jednostkach, mimo obowiązku ustawowego, nie odnotowywano w dokumentacji medycznej pacjenta zlecenia zastosowania lub przedłużenia przymusu wraz z opisem przyczyn i okoliczności zastosowania przymusu, jego rodzaju i czasu trwania, naruszając tym samym postanowienia art. 18 ust. 2 ustawy o OZP oraz § 9 ust. 4 rozp. MZiOS w sprawie przymusu bezpośredniego. Na przykład:

w szpitalach psychiatrycznych w: Lublińcu, Radecznicy i Suchowoli oraz w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych w: Katowicach (Szpital Miejski Nr 5) i Krakowie (Szpital im. L. Rydygiera).

Czasami występowały niezgodności w zapisie dotyczącym czasu unieruchomienia podanym w dokumentacji medycznej pacjenta i Karcie zastosowania unieruchomienia. Zlecenie zastosowania lub przedłużenia przymusu bezpośredniego lekarz ma obowiązek odnotować także w dokumentacji medycznej pacjenta (art. 18 ust. 2 ostatnie zdanie ustawy o OZP oraz § 9 ust. 4 rozp. MZiOS w sprawie przymusu bezpośredniego).

Fakt taki miał miejsce w PS ZOZ w Lublinie oraz Oddziale Psychiatrycznym ZOZ w Iławie.

W 9 kontrolowanych szpitalach (oddziałach) psychiatrycznych nie dokumentowano w żadnej pisemnej formie faktu przeprowadzenia kontroli zasadności użycia przemocy, mimo iż w ustawie o OZP przewidziano w art. 18 ust. 6 pkt 1, że zastosowanie przymusu bezpośredniego przez lekarza zakładu opieki zdrowotnej ocenia w ciągu 3 dni kierownik tego zakładu. Zauważyć jednak w tym miejscu należy, że ustawa o OZP nie obliguje do odnotowania tej czynności w dokumentacji medycznej pacjenta. Stan taki stwierdzono np.:

w szpitalach psychiatrycznych w: Lubiążu i Warszawie (Szpital przy ul. Nowowiejskiej) oraz w oddziale psychiatrycznym szpitala ogólnego w Ostrołęce, a także w klinikach psychiatrycznych Państwowych Szpitali Klinicznych AM w Gdańsku i Poznaniu.

Wśród innych nieprawidłowości ujawnionych w toku kontroli należy wskazać na przypadki:

- dokonywania przez pielęgniarki dyżurne 7 badanych jednostek- rzadziej niż co 15 minut - kontroli stanu fizycznego pacjenta unieruchomionego, naruszając tym samym postanowienia § 13 rozp. MZiOS w sprawie przymusu bezpośredniego. Na przykład:

w szpitalu psychiatrycznym w: Lublinie pacjentów obserwowano co 30 minut, w Żurawicy - pacjentów unieruchomionego przez 21 godz. i 45 min. kontrolowano tylko 6 razy a pacjenta unieruchomionego przez 22 godz. 45 min. - 5-krotnie);

- stosowania w wielu przypadkach (13 jednostek) przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia na okres dłuższy niż 4 godziny bez osobistego badania pacjenta przez lekarza i przedłużania unieruchomienia na okresy 6 godzinne - mimo obowiązku wynikającego z postanowień § 9 ust. 2 rozp. MZiOS w sprawie przymusu bezpośredniego. Na przykład:

w szpitalu psychiatrycznym w Gdańsku-Wrzeszczu, gdzie pierwszego zapisu o przedłużeniu unieruchomienia dokonano po 9 godzinach.

Fakty takie odnotowano także np. w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych w: Ilawie, Katowicach (Szpital Miejski Nr 5), Rzeszowie (Szpital Nr 1), Warszawie (Szpital Wolski), a także w I Klinice Chorób Psychiczych PSK Nr 1 AM w Gdańsku;

- niepowiadamiania kierownika szpitala (bądź niestosowania formy pisemnej powiadamiania) o wszystkich przypadkach zastosowania przymusu bezpośredniego przez zatrudnionych w szpitalu lekarzy decydujących o jego zastosowaniu - wbrew postanowieniom § 12 ust. 2 rozp. MZiOS w sprawie przymusu bezpośredniego zobowiązującego do pisemnego powiadamiania wg wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do ww. rozporządzenia. Dyrektor szpitala nie będąc powiadomiony nie mógł dokonać oceny zasadności zastosowania przymusu (kontroli zasadności użycia przemocy) do czego zobowiązują postanowienia art. 18 ust. 6 pkt 1 ustawy o OZP. Fakty takie stwierdzono w 12 kontrolowanych jednostkach np.:

w szpitalach psychiatrycznych w: Branicach, Choroszczy, Suchowoli, Żurawicy oraz w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych w: Brzegu, Katowicach (Szpital Miejski Nr 5), Krakowie (Szpital im. L. Rydygiera), Ostrołęce, Warszawie (Szpital Wolski);

Dyrektor Szpitala w Złotoryi wyjaśnił, że o każdorazowym zastosowaniu przymusu był bezpośrednio informowany ustnie w dniu zastosowania przymusu i dlatego nie żądał potwierdzenia tej informacji na piśmie.

- powiadamiania z opóźnieniem, przez lekarza zakładu opieki zdrowotnej, który zastosował przymus bezpośredni, kierownika zakładu uniemożliwiając mu w ten sposób dokonanie oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego w ciągu 3 dni od momentu zastosowania przymusu bezpośredniego (art. 18 ust. 6 pkt 1 ustawy o OZP). nieprawidłowości takie odnotowano w 8 kontrolowanych jednostkach, na przykład:

w Oddziale Psychosomatycznym Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Ostrołęce - ordynator powiadomił pisemnie kierownika szpitala o zastosowanym przymusie w dniu 1 maja 1996 r. dopiero 6 maja 1996 r.;

- lakonicznych uzasadnień przyczyn stosowania przymusu bezpośredniego; treść tych uzasadnień nie wskazywała na konieczność zastosowania zabezpieczeń w trybie art. 18 ust. 1 i art. 34 ustawy o OZP, gdyż nie wskazano na zagrożenia dla życia lub zdrowia pacjenta bądź innej osoby, zagrożenia bezpieczeństwa powszechnego bądź gwałtownego niszczenia lub uszkodzania przedmiotów znajdujących się w otoczeniu pacjentów albo na konieczność dokonywania niezbędnych czynności leczniczych bądź w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu przez pacjenta szpitala.

Jako przyczynę unieruchomienia podawano np: „głośna, budzi innych, chodzi po oddziale” (szpital psychiatryczny w Świeciu n/Wisłą), „stan silnego lęku ze znacznym pobudzeniem ruchowym” (szpital psychiatryczny w Toruniu), „na żądanie pacjenta” (Oddział Psychiatryczny w ZOZ w Lipnie), „pobudzenie psychoruchowe” (szpital psychiatryczny w Lublińcu), „głośny, unieruchomienie w kaftanie bezpieczeństwa i pasami za nogi” (szpital psychiatryczny w Warszawie przy ul. Nowowiejskiej), „chory niezdyscyplinowany” bądź „silny niepokój” (Oddział Psychiatryczny ZOZ w Iławie).

Wyżej wskazane nieprawidłowości są tym bardziej niepokojące, że w czasie kontroli ujawniono fakt podpisywania przez lekarza in blanco zleceń o zastosowaniu przymusu bezpośredniego.

W Wojewódzkim Szpitalu Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu n/Wisłą trzy zlecenia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego podpisane były przez lekarza tego szpitala - in blanco.

Artykuł 18 ust. 4 ustawy o OZP statuuje obowiązek uprzedzania pacjenta o konieczności zastosowania środka przymusu bezpośredniego. Przewidziany w tym przepisie

obowiązek ma umożliwić pacjentowi wyrażenie zgody na inne nie przymusowe formy postępowania. Ustawa o OZP nie zawiera jednak wymogu odnotowywania tego faktu w dokumentacji medycznej. Z ustaleń kontroli wynika (dotyczy to 1/3 badanych jednostek), że w żadnej formie pisemnej nie dokumentowano czynności uprzedzania pacjenta o zamiarze zastosowania przymusu bezpośredniego i odmowy pacjenta na inne nie przymusowe formy postępowania. Na przykład:

w szpitalach psychiatrycznych w: Gdańsku-Wrzeszczu, Jarosławiu, Krakowie (Szpital im. J. Babińskiego), Lublinie, Radecznicy, Suchowoli, oraz w Oddziale Psychosomatycznym Szpitala Wolskiego w Warszawie, a także w I Klinice Chorób Psychiczych PSK Nr I AM w Gdańsku.

W świetle wyżej opisanych nieprawidłowości dotyczących dokumentowania stosowania przymusu bezpośredniego można mieć wątpliwości czy określony w art. 18 ust. 4 ustawy o OZP obowiązek uprzedzania osoby wobec, której środek ten ma być podjęty jest w praktyce rzetelnie wykonywany nawet uwzględniając fakt, że ww. przepis w tej części nie zawsze jest możliwy do wykonania oraz biorąc pod uwagę wyjaśnienia niektórych kierowników jednostek kontrolowanych (np. z-cy dyrektora ds. opieki zdrowotnej PS ZOZ w Lublinie), że uprzedzenie pacjenta bardzo często nasila jego agresywne zachowanie zamiast mu zapobiegać.

Zgodnie z postanowieniami § 17 rozp. MZiOS w sprawie przymusu bezpośredniego - przymus ten może być stosowany wyłącznie przez wyszkolonych w tym zakresie pracowników medycznych lub w ich obecności. Do organizacji szkolenia w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego zobowiązany jest kierownik szpitala (§ 17 zdanie drugie ww. rozporządzenia). W toku kontroli stwierdzono, że w badanych jednostkach przymus bezpośredni stosowali lekarze, pielęgniarki, tzw. grupy interwencyjne składające się z salowych (np. w szpitalu psychiatrycznym w Toszku), bądź pielęgniarzy przeszkolonych w zakresie samoobrony (np. w szpitalu psychiatrycznym w Rybniku) w obecności lekarza lub pielęgniarki.

W większości kontrolowanych szpitali (dotyczyło to 3/4 jednostek) nie ma odrębnego personelu do stosowania przymusu bezpośredniego. Przymus stosują lekarze, którzy zapoznają się z zasadami jego stosowania przy osiąganiu kolejnych stopni specjalizacji oraz pielęgniarki, które ukończyły szkoły pielęgniarские, gdzie były szkolone w metodach stosowania przymusu

bezpośredniego. Pozostałe pielęgniarki zostały przeszkolone w ramach szkolenia wewnętrznego, zwłaszcza praktycznie przez pielęgniarki oddziałowe i starsze pielęgniarki.

Z ustaleń kontroli wynika, że prawie we wszystkich jednostkach organizacyjnych objętych kontrolą (90%) prowadzono w latach 1995-1996 szkolenia w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego. Szkolenie personelu średniego (pielęgniarek) i personelu pomocniczego (salowych i sanitariuszy) przeprowadzali ordynatorzy (lekarz kierujący oddziałem). Były to jednak szkolenia przede wszystkim teoretyczne w zakresie przestrzegania postanowień ustawy o OZP i aktu wykonawczego do tej ustawy dotyczącego stosowania przymusu bezpośredniego. Tylko w niektórych szpitalach (2) przeprowadzono kursy samoobrony dla osób stosujących przymus bezpośredni.

W szpitalu psychiatrycznym w Warszawie (szpital przy ul. Nowowiejskiej) w 1996 r. przeprowadzono kurs w zakresie stosowania chwytów obezwładniających dla sanitariuszy i salowych pracujących w Izbie Przyjęć (grupy interwencyjne). Doświadczenia zdobyte dzięki systematycznemu prowadzeniu szkoleń na temat „stosowanie przymusu bezpośredniego” przekazano w formie artykułu, który ukazał się w czasopiśmie „Impuls” w grudniu 1996 r.

W szpitalu psychiatrycznym w Rybniku czynności przymusu bezpośredniego wykonują pielęgniarki danego oddziału i pielęgniarze grupy interwencyjnej, którzy przeszli specjalistyczne szkolenie w zakresie obrony własnej i unieruchomienia pacjentów agresywnych. W przypadku zachowań agresywnych pacjentów personel medyczny wzywa grupę interwencyjną. Dyżurujący personel Izby Przyjęć szpitala codziennie otrzymuje informacje o aktualnym składzie tej grupy.

W czasie kontroli stwierdzono także, że w kilku szpitalach psychiatrycznych kierownicy placówek nie zorganizowali choćby teoretycznych szkoleń w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego. Na przykład:

w szpitalu psychiatrycznym w Świeciu n/Wisłą - lekarze stwierdzili, że nie byli praktycznie przeszkoleni w zakresie stosowania przymusu; jednostka nie dysponowała także instrukcją praktycznego postępowania z pacjentami w zakresie form unieruchamiania. W wyjaśnieniu Dyrektor tego Szpitala podał, że „szpital

nie występował o zorganizowanie szkoleń dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego. Wykonują je pielęgniarki zgodnie ze swoimi umiejętnościami i wiedzą, które określam za wystarczające. Kwestia szkoleń i kursów praktycznych dotyczących sposobu i stosowania techniki fizycznego obezwładniania i stosowania przemocy pozostaje problemem. Nie znam instytucji, które tego rodzaju umiejętności mogłyby przekazywać w formie koncesjonowanych szkoleń i treningów”.

Stwierdzono także, że pojedyncze kontrolowane szpitale nie posiadały przeszkolonego personelu stosującego przymus bezpośredni.

W Szpitalu psychiatrycznym w Gdańsku-Wrzeszczu obowiązki w tym zakresie wykonywali nie przeszkoleni ze względu na brak środków finansowych lekarze i pielęgniarki. W przypadku koniecznej pomocy przy stosowaniu przymusu bezpośredniego, pomoc taką na podstawie odrębnej umowy, świadczył personel pogotowia ratunkowego, którego siedziba znajduje się na terenie szpitala - 2 osoby obecne w czasie dyżuru. Nie odnotowano przypadków odmowy udzielenia takiej pomocy ze strony personelu pogotowia ratunkowego.

W większości szpitali psychiatrycznych personel pielęgniarski składa się tylko z kobiet (i to w niedostatecznej ilości) i często nie jest w stanie zastosować przymusu bezpośredniego wobec bardzo pobudzonych chorych. Dla unieruchomienia chorego w celu np. podania leku winno być przy tej czynności obecnych od 4 do 5 osób. Czynione w niektórych kontrolowanych jednostkach starania o zwiększenie średniego personelu medycznego oraz zatrudnienie pielęgniarzy nie przyniosły - jak dotąd - rezultatu pozytywnego.

W przypadku stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, w sytuacjach określonych w art. 18 ust. 1 ustawy o OZP, pogotowie ratunkowe, policja oraz straż pożarna są obowiązane do udzielenia lekarzowi pomocy na jego żądanie (art. 17 ust. 5 ustawy o OZP). Ustalono, że policja raz odmówiła udzielenia lekarzowi pomocy. Odnosiło się to do sytuacji, gdy pacjent samowolnie oddalił się ze szpitala i policja odmówiła dowiezienia go z powrotem na Oddział Psychiatryczny ZOZ w Iławie (fakt ten odnotowano w dokumentacji medycznej pacjenta).

2.4. Poszanowanie intymności i godności w czasie udzielania pacjentom świadczeń zdrowotnych oraz realizacja prawa do kontaktu osobistego, telefonicznego i korespondencyjnego z osobami z zewnątrz.

2.4.1. Prawo pacjenta do intymności i godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych.

Od lekarza wymaga się oględności, taktu i delikatności w postępowaniu z chorymi. Zgodnie z art. 19 pkt 4 ustawy o ZOZ pacjent ma prawo do poszanowania jego intymności i godności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Dotyczy to zarówno badania pacjentów w przychodniach, na różnych komisjach lekarskich, jak i w szpitalu. Art. 12 Kodeksu Etyki Lekarskiej⁴⁸ głosi zaś, że „lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą i prawo do intymności”.

Z materiałów kontroli wynika, że we wszystkich kontrolowanych szpitalach (oddziałach) psychiatrycznych badania lekarskie były przeprowadzane w warunkach zapewniających intymność badań, a oględziny pomieszczeń szpitalnych potwierdziły istnienie gabinetów do badań lekarskich i innych pomieszczeń odpowiednio urządzonych i wyposażonych. Badania lekarskie odbywały się w specjalnie do tego celu przeznaczonych pomieszczeniach, usytuowanych w poszczególnych oddziałach szpitala, tj. w gabinecie: lekarskim (badania psychiatryczne), zabiegowym (badania somatyczne), psychologa (badania psychologiczne). Zabiegi pielęgniarские, realizowane na zlecenie lekarza, wykonywane były w dyżurce pielęgniarской. Na ogólnej sali, przy łóżku chorego przeprowadzano badania jedynie wówczas, gdy stan pacjenta fizyczny lub psychiczny (obłożnie chory lub skrajnie pobudzony) za tym przemawiał, a także wówczas gdy pacjent odmawiał badania w gabinecie lekarskim. W takich przypadkach inni pacjenci proszeni byli o opuszczenie sali na czas badania, a gdy było to niemożliwe - badanego pacjenta zasłaniano parawanem. Ustalono, że podczas badania lub zabiegu obecny był tylko niezbędny personel medyczny (pielęgniarki, sanitariusze w przypadku gdy pacjent był silnie pobudzony i agresywny).

Kontrola wykazała równocześnie, że w niektórych kontrolowanych szpitalach (dotyczyło to 9 jednostek) nie każdy oddział psychiatryczny posiadał gabinety lekarskie, bądź

⁴⁸ Przyjęty przez III Krajowy Zjazd Lekarzy (1993 r.) na podstawie art. 33 ust. 1 ustawy z 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich - Dz.U. Nr30, poz. 158, zm. Dz.U. z 1992 r. Nr 20, poz. 120, z 1996 r. Nr 106, poz. 496 i z 1997 r. Nr 28, poz. 152.

dysponował tylko jednym pokojem do badań. W związku z tym lekarze zmuszeni byli wykorzystywać inne pomieszczenia nie dostosowane do tego celu. Na przykład:

W szpitalu psychiatrycznym w Jarosławiu - na Oddziale IB nie było pokoju do badań. Z-ca ordynatora tego Oddziału wyjaśnił, że stara się badać pacjentów w oddzielnym pomieszczeniu, chociaż czasami wiąże się to z koniecznością długiego oczekiwania.

W Oddziale Psychosomatyczno-Detoksacyjnym Szpitala Zespolonego Nr 1 w Rzeszowie - z uwagi na to, że dysponował on tylko jednym pokojem do badań, do badań pacjentów wykorzystywano dyżurkę pielęgniarek i pokój socjalny. Z wyjaśnień ordynatora wynika, że jeden pokój do badań jest niewystarczający ze względu na długi czas badania psychiatrycznego oraz dużą liczbą lekarzy korzystających z tego pokoju, w tym również szkolących się i odbywających staże specjalistyczne.

2.4.2. Przestrzeganie prawa pacjenta do kontaktu ze światem zewnętrznym.

Osoba z zaburzeniami psychicznymi przebywająca w szpitalu psychiatrycznym lub w domu pomocy społecznej ma prawo do porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami; korespondencja takiej osoby nie podlega kontroli (art. 13 ustawy o OZP).

W trakcie kontroli ustalono, że we wszystkich badanych jednostkach zapewniono pacjentom prawo do kontaktu osobistego z osobami z zewnątrz bez ograniczeń i to nawet w przypadku, gdy z regulaminu porządkowego szpitala wynikały w tym zakresie formalne ograniczenia. Na przykład:

Regulamin porządkowy Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Ostrołęce stanowi, że pacjentów można odwiedzać codziennie w godz. od 14⁰⁰ do 18⁰⁰; w wyjątkowych przypadkach ordynator oddziału lub lekarz dyżurny może zezwolić na odwiedziny poza ustalonym terminem. Praktycznie - prawo pacjentów do kontaktu z najbliższymi na Oddziale Psychosomatycznym jest realizowane bez ograniczeń czasowych w porze dziennej. Rodzinom pacjentów będących w ciężkim stanie wydawane są zezwolenia pisemne na dodatkowe odwiedziny w porze nocnej.

W Szpitalu im. Czerwiakowskiego ZOZ w Brzegu w Regulaminie dla Osób Odwiedzających Chorych na Oddziale Psychiatrycznym zapisano, że odwiedzanie chorych odbywa się codziennie w godz. od 15⁰⁰ do 17⁰⁰ w pomieszczeniach

wskazanych przez personel. W praktyce odwiedziny są możliwe w porze dziennej bez żadnych ograniczeń.

Z materiałów kontroli wynika, że w 16 badanych jednostkach wystąpiły nieprawidłowości w realizacji prawa pacjentów do kontaktu telefonicznego z osobami z zewnątrz. Polegały one bądź na braku telefonów, bądź zbyt małej ich liczbie w stosunku do liczby użytkowników, bądź też na takim ich usytuowaniu, że pacjenci praktycznie nie mogli z nich korzystać.

Brak telefonów samoinkasujących, ogólnodostępnych na korytarzach kontrolowanych oddziałów stwierdzono w szpitalu psychiatrycznym w Gnieźnie - na terenie szpitala znajdują się tylko dwa służbowe aparaty telefoniczne. Pacjenci mogą korzystać z nich w razie potrzeby za odpłatnością. Szpital podjął starania w Zakładzie Telekomunikacji w Gnieźnie o zainstalowanie ogólnodostępnych aparatów telefonicznych;

w Radomiu - w pawilonie, w którym są Oddziały Dziecięcy i Młodzieżowy nie zainstalowano aparatu telefonicznego z uwagi na prawdopodobieństwo częstych uszkodzeń;

w Suchowoli - brak jest połączeń automatycznych. Aparaty telefoniczne znajdują się w gabinetach lekarskich i zabiegowych, chorzy mogli korzystać z aparatu umieszczonego w gabinecie zabiegowym, zamawiając rozmowę przez centralę szpitala;

w Jarosławiu - na terenie szpitala był tylko 1 wrzutowy automat telefoniczny usytuowany w budynku portierni szpitala. Pacjenci przebywający na poszczególnych oddziałach mogli korzystać w razie potrzeby z telefonu w gabinecie zabiegowym za odpłatnością;

w Lubiążu - funkcjonuje tylko jeden ogólnodostępny automat telefoniczny na kartę magnetyczną usytuowany przy bramie głównej przed wejściem na teren szpitala w budynku portierni, a więc poza terenem szpitala. Poszczególne oddziały mieszczą się w oddzielnie stojących budynkach, na bardzo rozległym terenie szpitala nie każdy pacjent może zaś wyjść poza budynek oddziału. Wg wyjaśnień dyrektora szpitala poprawa sytuacji w omawianej sprawie oraz zainstalowanie

wewnętrznej sieci telefonicznej w 11 budynkach szpitalnych będzie możliwa dopiero po zakończeniu telefonizacji Lubiąża i po otrzymaniu dodatkowych łącz; w Świeciu n/Wisłą - poza Oddziałem Neurologicznym pozostałe oddziały szpitala (18) nie były wyposażone w ogólnodostępne dla pacjentów aparaty telefoniczne. Pacjenci mieli możliwość odpłatnego korzystania z telefonów znajdujących się w oddziałach, przy czym dostęp do nich był ograniczony do godz. 15⁰⁰, a wg wywieszki informacyjnej w Oddziale V - pacjenci mieli możliwość korzystania z telefonu oddziałowego dopiero po godz. 16⁰⁰.

W informacji z dnia 19 lutego 1997 r. złożonej przez Dyrektora Rejonu Telekomunikacji w Świeciu n/Wisłą Telekomunikacji Polskiej SA w sprawie ogólnodostępnych aparatów telefonicznych na terenie Szpitala podano: „W roku 1995 Szpital Wojewódzki nie zwracał się z prośbą o instalację nowego aparatu wrzutowego do naszego działu. Istniejące od 1988 r. aparaty wrzutowe typu AWS zainstalowane w pawilonie 15 oraz przy izbie przyjęć zostały wymienione na aparaty typu IRMET na kartę magnetyczną (18.05.95 r.). W trzecim kwartale tegoż roku aparat zainstalowany przy izbie przyjęć został przeniesiony i zainstalowany na budynku portierni Szpitala Wojewódzkiego. Instalację przeniesiono na prośbę użytkownika w związku z licznymi dewastacjami aparatu. Od 1995 r. istniały możliwości sieciowe zainstalowania nowych aparatów wrzutowych na terenie szpitala. Jednakże instalacja z punktu widzenia ekonomicznego nie była uzasadniona. Natomiast z punktu widzenia społecznego jw. już wspomniano nie było pism jak również spotkań na temat zainstalowania aparatów wrzutowych.”;

W Warszawie (Szpital przy ul. Nowowiejskiej) - na żadnym oddziale (8 oddziałów psychiatrycznych, w tym 3 oddziały kliniczne AM w Warszawie oraz 1 oddział dla chorych psychicznie nosicieli wirusa HIV) nie ma zainstalowanego aparatu telefonicznego. W całym szpitalu jest 5 automatów telefonicznych - dwa w budynku A1, trzy w Budynku A-3. Z-ca dyrektora ds. Techniczno-Eksploatacyjnych tego szpitala wyjaśnił, że „w celu ewentualnego powiększenia ilości automatów telefonicznych na terenie szpitala przeprowadzono kilka rozmów telefonicznych z Telekomunikacją Polską SA m.in. rozmawiano z

kierownikiem Działu Automatów. Wg wyjaśnienia ww. nasze automaty przynoszą bardzo mały zysk dla „Telekomunikacji S.A. i nie jest wskazane ich zwiększenie.”;

W wielu kontrolowanych oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych stwierdzono, że nie zapewniają one pacjentom możliwości realizacji prawa do kontaktu telefonicznego np. w:

Brzegu - z Oddziału Psychiatrycznego został usunięty ogólnodostępny automat telefoniczny przez Oddział Telekomunikacji w Brzegu w związku z jego ciągłymi dewastacjami, a także na skutek korzystania przez pacjentów z numerów alarmowych. Pacjenci mogą korzystać z telefonu w dyżurce pielęgniarek oraz automatu telefonicznego w budynku głównym szpitala;

W Ostrołęce - na Oddziale Psychosomatycznym nie ma ogólnodostępnego aparatu telefonicznego; w Poznaniu - Kliniki Psychiatryczne Państwowego Szpitala Klinicznego AM w Poznaniu nie posiadały ogólnodostępnych aparatów telefonicznych. W holu głównym łączącym dwie kliniki, obok portierni był automat telefoniczny.

Najwyższa Izba Kontroli, po przeprowadzeniu kontroli w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu (działającym na obszarze rejonu profilaktyczno-leczniczego, obejmującego 6 województw i 2.985.535 mieszkańców), pismem z dnia 15 maja 1997 r. wystąpiła do Dyrekcji Okręgowej Telekomunikacji Polskiej S.A. we Wrocławiu o rozważenie możliwości wcześniejszego przydzielenia temu szpitalowi niezbędnej liczby łącz telefonicznych dla zapewnienia realizacji prawa pacjentów do kontaktu telefonicznego z rodzinami i innymi osobami.

W żadnej z kontrolowanych jednostek organizacyjnych nie stwierdzono przypadków naruszania prawa pacjentów do korespondencji. Korespondencja nie jest w żaden sposób kontrolowana przez personel szpitala. Korespondencję przychodzącą pacjenci otrzymują osobiście, zaś wychodząca wysyłana jest bezpośrednio przez pacjentów, bądź przez sekretariat szpitala lub personel szpitala.

W niektórych szpitalach na budynku szpitala są umieszczone skrzynki pocztowe.

Na przykład w szpitalu psychiatrycznym w Lubiążu - na budynku portierni umieszczono skrzynkę pocztową, z której - wg informacji na niej zamieszczonej-

listy wybierane są codziennie w godz. 10⁰⁰ - 13⁰⁰; w Suchowoli - skrzynka pocztowa była umieszczona na zewnątrz budynku przy drzwiach wejściowych. Korespondencję wpływającą pacjenci odbierają z sekretariatu Szpitala, w którym mogą kupić znaczki pocztowe.

Jednym z istotnych praw pacjenta, służącym jego społecznej readaptacji, jest prawo do skorzystania z tzw. przepustki. Artykuł 14 ustawy o OZP określa w tym zakresie zasadę zezwalania osobie z zaburzeniami psychicznymi, leczonej w szpitalu psychiatrycznym, na okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania jej z zakładu, jeżeli nie zagraża to jej życiu lub życiu i zdrowiu innych osób. Celem tego przepisu jest sprawdzenie umiejętności radzenia sobie w środowisku pozaszpitalnym i usamodzielnienie tych osób psychicznie chorych i upośledzonych umysłowo, które przebywały na dłuższym leczeniu i nie mają dostatecznego oparcia w swoim środowisku. O zasadności udzielenia pacjentowi przepustki rozstrzygają względy medyczne.

W kontrolowanych jednostkach organizacyjnych przepustki były powszechnie udzielane przez ordynatorów oddziałów pacjentom, których stan zdrowia, w ocenie lekarza, uległ poprawie, a czasowe ich przebywanie poza szpitalem nie zagrażało ich życiu oraz życiu i zdrowiu innych osób. Przepustki, w zależności od stanu zdrowia pacjenta, trwały od kilku dni do kilku tygodni, a nawet miesięcy. Na przykład:

w szpitalach psychiatrycznych w:

Lubiążu - z dokumentacji wydanych przepustek (ewidencyjnej pielęgniarskiej i lekarskiej) prowadzonej w każdym z oddziałów szpitalnych wynikało, że ordynatorzy w okresie od 1995 r. do 22. 02. 1997 r. wydali pacjentom 4330 przepustek. Ogółem pacjenci w trakcie leczenia w wymienionym okresie przebywali poza oddziałem (urlopowani lub na przepustce) - 53.801 dni. Najdłużej trwające przepustki zanotowano w Oddziałach VIII - 6.847 dni w 1995 r. (udzielono je 407 pacjentom - średnio 16,8 dni na jedną przepustkę) i 7.088 dni w 1996 r. - wykorzystane przez 476 pacjentów (średnio 14,8 dni na jedną przepustkę). Najkrótsze przepustki stosowano w Oddziale I, gdzie w 1995 r. - 8 pacjentów przebywało 73 dni (średnio 9,1 dni), a w 1996 r. w okresie 182 dni - 14 pacjentów (średnio 13 dni. Długotrwałe przepustki otrzymywali pacjenci, którzy mają dobre warunki domowe i zapewnioną opiekę rodziny, utrzymującą też stały kontakt osobisty lub telefoniczny ze Szpitalem;

Morawicy - w latach 1995 - 1996 w 13 oddziałach psychiatrycznych Szpitala udzielono pacjentom ogółem 4998 przepustek. W 1995 r. najkrótszy czas trwania przepustek wynosił 1 dzień, a najdłuższy - 28 dni. W 1996 r. czas ten wynosił odpowiednio: 1 dzień i 34 dni;

Suwalkach - w dniu 13 lutego 1997 r. na przepustce przebywało 9 pacjentów z ogólnego stanu 41 leczonych w I Oddziale psychiatrycznym z 33 łózkami rzeczywistymi⁴⁹ oraz 4 pacjentów z 37 leczonych w II Oddziale psychiatrycznym z 32 łózkami rzeczywistymi

Kielcach - w latach 1995-1996 ordynatorzy poszczególnych oddziałów psychiatrycznych szpitala udzielali pacjentom 1, 3, 4, 5 i 10 dniowych przepustek. Np. w Oddziale I Psychiatrycznym w roku 1996 wydano łącznie 933 przepustki.

Z opinii lekarzy wynikało, że udzielanie pacjentom przepustki uzasadnia dążenie do utrzymania remisji procesu chorobowego pacjenta, a także, że dobrze one służą readaptacji pacjenta w środowisku domowym i społecznym.

2.5. Udostępnianie pacjentom dokumentacji medycznej i ochrona zawartych w niej danych oraz udostępnianie dokumentów określających prawa i obowiązki pacjentów.

2.5.1 Udostępnianie i przechowywanie dokumentacji lekarskiej.

Na podstawie § 10 pkt 1 rozp. MZiOŚ w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania⁵⁰ szpital obowiązany jest sporządzać i prowadzić m.in. dokumentację medyczną indywidualną (pacjenta) składającą się co najmniej z historii choroby. Formularz historii choroby powinien zawierać pogrupowane informacje dotyczące: przyjęcia pacjenta do szpitala, przebiegu hospitalizacji, wypisania pacjenta ze szpitala (§ 13 tego rozp.).

W trakcie kontroli ustalono, że nie zawsze przestrzegano postanowień ww. rozporządzenia. Formularz historii choroby nie zawierał:

⁴⁹ Przez pojęcie łóżka rzeczywistego należy rozumieć tylko łóżko umieszczone na stałe na sali chorych z pełnym wyposażeniem, zaopatrzone w pościel, zajęte przez chorego, względnie przygotowane na jego przyjęcie. Łóżek dostawionych czasowo (kozetek, noszy itd.) w związku z przepełnieniem sali nie wlicza się do łóżek rzeczywistych, które określają faktyczny stan łóżek w szpitalu.

- w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala - m.in. daty przyjęcia (rok, miesiąc, dzień i godzinę przyjęcia w formie 24-godzinowej) do czego zobowiązują postanowienia § 14 pkt 3 rozp. MZiOS w sprawie dokumentacji medycznej,
- w części dotyczącej przebiegu hospitalizacji - nie dokonywano na bieżąco zapisów obserwacji stanu zdrowia przez lekarza prowadzącego i okresowych kontroli przez ordynatora, do czego zobowiązują postanowienia § 15 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 rozp. MZiOS w sprawie dokumentacji medycznej.

Nieprawidłowości takie stwierdzono np. w szpitalu psychiatrycznym w Suchowoli. W kartach historii choroby brak było adnotacji o przebiegu choroby nawet przez okres 6-ciu miesięcy, a w większości przypadków brak było podpisów lekarzy pod dokonanyimi zapisami.

Zgodnie z art. 18 ust. 3 pkt 1 ustawy o ZOZ oraz § 53 ust. 1 rozp. MZiOS w sprawie dokumentacji medycznej zakład opieki zdrowotnej obowiązany jest udostępnić, za pośrednictwem lekarza prowadzącego, dokumentację medyczną pacjenta na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.

Kontrola ujawniła, że wśród personelu medycznego szpitali psychiatrycznych istnieją wątpliwości i rozbieżności co do zasadności udostępniania dokumentacji medycznej pacjentom z zaburzeniami psychicznymi. W praktyce prowadziły one do faktycznego ograniczania prawa pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej. Na przykład:

Dyrektor Szpitala Psychiatrycznego Specjalistycznego Psychiatryczno-Neurologicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Gdańsku-Wrzeszczu w trakcie kontroli, wydał pisemne oświadczenie w sprawie zasad udostępniania dokumentacji, z którego wynika, że do czasu ustalenia szczegółowych zasad udostępniania dokumentacji medycznej pacjenta, dokumentację tę można udostępnić pacjentowi aktualnie przebywającemu w szpitalu za zgodą ordynatora, który ustala zakres wglądu w dokumentację. Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynika, że zapis w § 53 ust. 1 rozp. MZiOS w sprawie dokumentacji medycznej jest zbyt ogólny i nie uwzględnia specyfiki leczenia psychiatrycznego, stanu psychicznego pacjenta, jego zdolności zrozumienia, wpływu zapisów w dokumentacji na jego zdrowie psychiczne i zachowanie. Zdaniem Dyrektora

⁵⁰ Patrz - przypis 21.

Szpitala, ustawodawcy chodziło o pewien świadomy wgląd i zrozumienie tego co się przekazuje lub czyta, a w przypadku niektórych pacjentów z ostrymi zaburzeniami psychicznymi, urojeniami - jest to mało prawdopodobne.

W Specjalistycznym Zespole Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu opinie na temat wglądu do zapisów dokumentacji lekarskiej ordynatorów poszczególnych oddziałów Szpitala były podzielone. Z wyjaśnień ordynatorów oddziałów IV i V wynika, że w niektórych przypadkach udostępnianie pacjentom dokumentacji lekarskiej do wglądu mogłoby odnieść skutek odmienny od zamierzonego i spowodować pogorszenie ich stanu zdrowia. W większości przypadków lekarze kierujący oddziałami uzależniają prawo wglądu do dokumentacji lekarskiej od aktualnego stanu psychicznego pacjenta.

Na podstawie wyjaśnień personelu medycznego szpitali (ordynatorów, lekarzy prowadzących, pielęgniarek oddziałowych, starszych pielęgniarek) stwierdzono, że w skontrolowanych szpitalach psychiatrycznych pacjenci z reguły nie zwracają się z żądaniem udostępniania im pełnej dokumentacji medycznej. Zdarza się to sporadycznie, gdyż pacjenci najczęściej pytają o wyniki badań laboratoryjnych i leki, które otrzymują. Na żądanie pacjenta w zależności od rodzaju dokumentacji, z którą pacjent chce się zapoznać udostępnia się ją w obecności lekarza lub pielęgniarki. Dokumentacja medyczna udostępniana jest pacjentom w gabinetach lekarskich, a dokumentację prowadzoną przez personel pielęgniarski (raporty i książki zabiegów) udostępnia się w pokojach zabiegowych. Powyższe zasady stosuje się również wobec przedstawicieli ustawowych pacjentów.

Ustawa o ZOZ w art. 18 ust. 2 stanowi, że zakład opieki zdrowotnej zapewnia ochronę danych dotyczących stanu zdrowia i sposobu leczenia pacjenta.

Z ustaleń kontroli wynika, że niektóre sprawozdania z przebiegu sądowej kontroli legalności przyjmowania i przebywania osób z zaburzeniami psychicznymi oraz warunków, w jakich osoby te przebywają w szpitalu psychiatrycznym - ujawniają nazwiska i inne dane umożliwiające identyfikację osoby, której dokumentacja medyczna dotyczy. Zgodnie z § 36 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 lutego 1995 r. w sprawie kontroli przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi przebywającymi w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej⁵¹ sprawozdanie takie może być przesłane:

⁵¹ Dz.U. nr 23, poz. 126.

organowi sprawującemu nadzór nad szpitalem, ministrowi: Zdrowia i Opieki Społecznej lub Pracy i Polityki Socjalnej. Mimo, że dane dotyczące imiennie wymienionych tam pacjentów pozostawały poza ich dokumentacją medyczną i znajdowały się poza systemem ochrony wynikającym z ustawy o ZOZ, dyrektor jednego z kontrolowanych szpitali nie ustosunkował się do dokonanych w tym zakresie ustaleń umożliwiających identyfikację osoby chorej i nie zgłosił zastrzeżeń prezesowi sądu wojewódzkiego (na podstawie § 7 ust. 1 ww. rozporządzenia kierownik kontrolowanego zakładu może zgłosić prezesowi sądu wojewódzkiego zastrzeżenia lub wnioski dotyczące ustaleń i zaleceń pokontrolnych), że zawarte w sprawozdaniu dane naruszają postanowienia ustawy o ZOZ dotyczące ochrony danych - nazwiska, stanu zdrowia i sposobu leczenia pacjenta.

Stan taki stwierdzono w Szpitalu Psychiatrycznym w Gdańsku-Wrzeszczu - Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że nie zgłaszał zastrzeżeń ani wniosków dotyczących ustaleń i zaleceń pokontrolnych, gdyż sprawozdania te nie zawierały zarzutów merytorycznych co do jakości pracy Szpitala.

Z materiałów kontroli wynika, że w większości badanych jednostek dokumentacja medyczna pacjentów przechowywana była w sposób uniemożliwiający wgląd osób nieuprawnionych. Dokumentacja indywidualna oraz zakończona dokumentacja zbiorcza po wykorzystaniu dla celów statystycznych przechowywana była w archiwum zakładowym.

Na podstawie przeprowadzonych w toku kontroli oględzin oddziałów szpitalnych ustalono jednak, że w 10 szpitalach psychiatrycznych (oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych) nie stworzono warunków organizacyjnych i technicznych przechowywania dokumentacji medycznej, zapewniających jej poufność i zabezpieczających przed zniszczeniem lub zagubieniem oraz umożliwiających jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki (§ 45 rozp. MZiOS w sprawie dokumentacji medycznej). W szczególności nie zapewniono należytego zabezpieczenia dokumentacji medycznej pacjentów przebywających w szpitalu psychiatrycznym przed wglądem do niej osób nieuprawnionych, narażając ją również na zdarzenia losowe.

W szpitalu psychiatrycznym w Morawicy - zakończona dokumentacja medyczna wewnętrzna indywidualna i zbiorcza z roku poprzedniego i bieżącego przechowywana była w dwóch pomieszczeniach Sekcji Statystyki i Dokumentacji Chorych Szpitala usytuowanej na parterze. Dokumentacja ta znajdowała się

w szafach bez sprawnych zamknięć i z uszkodzonymi drzwiami, a kartoteki przechowywane były w szufladach bez zamków.

W szpitalu w Radecznicy i Świeciu n/Wisłą - dokumentacja medyczna pacjentów była zgromadzona w gabinecie lekarskim (ordynatora) w szafach bez zamków.

W oddziale psychiatrycznym szpitala ogólnego w Ilawie - historie choroby pacjentów w aktualnie przebywających na Oddziale Psychiatrycznym znajdowały się w pokoju sekretarki medycznej złożone na stole przy ścianie;

Ponadto nie wszystkie szpitale (4 badane jednostki) zakończoną dokumentację medyczną przekazywały do archiwum szpitala, do czego zobowiązują postanowienia § 47 rozp. MZiOS w sprawie dokumentacji medycznej. Na przykład:

w Oddziale Psychiatrycznym ZOZ w Ilawie w pokoju sekretarki medycznej w dwóch szafach biurowych zamykanych na zwykłe zamki meblowe przechowywano dokumentację pacjentów datowaną od 1976 r., tj. od początku istnienia Oddziału. Część dokumentacji była związana w paczki i położona na szafach.

W pięciu kontrolowanych jednostkach stwierdzono, że sposób i miejsce przechowywania bieżącej dokumentacji medycznej nie został określony przez kierowników poszczególnych komórek organizacyjnych szpitala w porozumieniu z kierownikiem szpitala, mimo obowiązku wynikającego z postanowień § 46 rozp. MZiOS w sprawie dokumentacji medycznej.

Stan taki stwierdzono np. w szpitalach psychiatrycznych w Morawicy i Świeciu n/Wisłą.

2.5.2. Sposób uzyskania informacji o statusie prawnym pacjenta.

Podstawowym dokumentem określającym prawa i obowiązki pacjenta przebywającego w szpitalu psychiatrycznym jest regulamin porządkowy, zatwierdzony przez radę nadzorczą, zgodnie z art. 46 pkt 3 ustawy o ZOZ. Inne dokumenty określające prawa i obowiązki pacjentów to wewnętrzne regulaminy komórek organizacyjnych szpitala (regulaminy oddziałowe, izby przyjęć), specjalne broszury oraz Karty Praw Pacjenta. Pojęcie Karta Praw Pacjenta występuje jedynie w języku potocznym, a nie prawniczym. Karty są jedynie narzędziami propagowania tych praw. Skupiają one w jednym dokumencie przepisy

pochodzące z różnych aktów prawnych. Zaletą Kart jest ich zrozumiały, przyjazny pacjentowi język i unikanie terminologii prawniczej.

Badając sposób udostępniania pacjentom regulaminów porządkowych i innych dokumentów określających prawa i obowiązki pacjentów ustalono, że w 3/4 kontrolowanych jednostek zostały one udostępnione do swobodnego zapoznania się z treścią zarówno przez pacjentów, jak i przez odwiedzających. Na przykład:

w szpitalu psychiatrycznym w Branicach - pacjenci przyjmowani do szpitala otrzymują broszurę pt. „Informacja o podstawowych prawach i obowiązkach pacjentów szpitala psychiatrycznego, a w świetlicach wszystkich pawilonów wywieszona była Karta Praw Pacjenta opracowana na podstawie „Deklaracji Praw Pacjenta WHO” oraz regulaminu pracy oddziału a także regulaminu przyznawania urlopów i przepustek;

W Gdańsku-Wrzeszczu Regulamin porządkowy wywieszony był w Izbie Przyjęć, ponadto w tej Izbie wyłożona była w formie ulotek informacja pt. „Prawa i obowiązki pacjentów szpitali psychiatrycznych”;

W Lubiążu - we wszystkich kontrolowanych oddziałach regulaminy były wyłożone do wglądu pacjenta. Miejsca umieszczenia: na ścianie korytarza, przy dyżurce pielęgniarek, w miejscu wydzielonym do odwiedzin pacjentów, w jadalni i świetlicy, w przedpokoju do gabinetu ordynatora i pielęgniarki oddziałowej;

W Olsztynie regulamin porządkowy był wywieszony we wszystkich oddziałach, a ponadto pacjenci przyjmowani do Szpitala otrzymywali wydrukowaną ulotkę zawierającą zbiór praw i obowiązków pacjentów szpitali psychiatrycznych;

W Radomiu i Świeciu n/Wisłą regulamin porządkowy był wywieszony na tablicy informacyjnej w poszczególnych oddziałach, podobnie - „Karta Praw Pacjenta” opracowana na podstawie „Deklaracji PP WHO”;

W oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych w: Lipnie i Rzeszowie (Szpital Nr 1) - w miejscach ogólnie dostępnych wywieszono Kartę Praw Pacjenta.

W części kontrolowanych szpitali psychiatrycznych nie udostępniano pacjentom regulaminu porządkowego do swobodnego zapoznania się z jego treścią.

Stan taki stwierdzono w szpitalach psychiatrycznych w: Suwałkach (w czasie kontroli 5 marca 1997 r. wywieszono regulamin w oddziałach w ogólnie dostępnych miejscach) oraz w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych w Brzegu (regulamin porządkowy umieszczono w pokoju pielęgniarki oddziałowej) i w Ostrołęce.

W okresie objętym kontrolą pięć szpitali psychiatrycznych (oddziałów) posiadało Regulaminy porządkowe nie zatwierdzone przez radę nadzorczą na podstawie art. 46 ustawy o ZOZ. Na przykład:

W Państwowym Szpitalu Klinicznym Nr 1 AM w Gdańsku (I Klinika Chorób Psychicznych) - Regulamin Praw i Obowiązków Pacjenta został podpisany przez Dyrektora Szpitala i przewodniczącego Rady Szpitala (kolegialnego ciała opiniodawczo-doradczego Dyrektora Szpitala). Rada nadzorcza Szpitala nie została powołana;

W Szpitalu Wolskim ZOZ w Warszawie (Oddział Psychosomatyczny) - regulamin porządkowy uchwalony został w dniu 17 maja 1996 r. przez Radę Szpitala, nie został zatwierdzony przez Radę Nadzorczą.

Z ustaleń kontroli wynika, że 5 szpitali psychiatrycznych (oddziałów) nie posiadało w okresie objętym kontrolą regulaminów porządkowych wydanych w trybie art. 46 pkt 3 ustawy o ZOZ.

Stan taki stwierdzono w szpitalach psychiatrycznych w Suchowoli (nie dostosowano regulaminu porządkowego do określonych w ustawie o ZOZ wymogów, do czego zobowiązywały postanowienia art. 75 ust. 1 tej ustawy), w Warszawie (szpital przy ul. Nowowiejskiej) i Żurawicy (w trakcie kontroli został opracowany i w dniu 7 lutego 1997 r. zatwierdzony przez Radę Nadzorczą szpitalny regulamin porządkowy), a także w szpitalach ogólnych, w których funkcjonowały oddziały psychiatryczne w Katowicach (Szpital Miejski Nr 5) i Rzeszowie (Szpital Zespolony Nr 1).

Wyniki kontroli wykazały ponadto, że regulaminy porządkowe niektórych szpitali nie w pełni odzwierciedlały przysługujące pacjentom prawa wynikające z postanowień ustawy o ZOZ i ustawy o OZP, a mimo to były zatwierdzone przez rady nadzorcze szpitali psychiatrycznych. Na przykład:

W Regulaminie porządkowym szpitala psychiatrycznego w Gdańsku-Wrzeszczu i Lublinie - brak było postanowień o prawie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź osoby upoważnionej przez pacjenta do udostępnienia - za pośrednictwem lekarza prowadzącego - dokumentacji medycznej pacjenta (prawo takie gwarantuje art. 18 ust. 3 pkt 1 ustawy o ZOZ i § 53 ust. 1 rozp. MZiOS w sprawie dokumentacji medycznej); regulamin porządkowy w Radomiu - pomijał ponadto prawo pacjenta do „poszanowania jego intymności i godności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych” oraz do „umierania w spokoju i godności”, (które m.in. gwarantuje art. 19 ustawy o ZOZ);

2.5.3. Sposób rejestrowania i załatwiania skarg pacjentów.

Pacjent z zaburzeniami psychicznymi przebywający w szpitalu psychiatrycznym ma prawo do składania skarg i wniosków oraz uzyskania na nie odpowiedzi. W czasie kontroli poddano więc analizie sposób rejestracji, rozpatrywania i załatwiania skarg w badanych jednostkach.

W większości, bo w 70%, szpitali psychiatrycznych (oddziałów psychiatrycznych szpitali ogólnych), do których wpłynęły skargi i wnioski - były one ewidencjonowane w odrębnym rejestrze skarg i przechowywane w sposób ułatwiający kontrolę przebiegu i terminów załatwiania poszczególnych skarg i wniosków. Skargi mogły być również zgłaszane przez wpisywanie do „Książki skarg i wniosków” udostępnianej bez ograniczeń. Na zarzuty przedstawiane w skargach, po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego, zainteresowani otrzymali odpowiedzi w ciągu 1 miesiąca od daty ich wysłania. O przyczynach nieudzielenia odpowiedzi w terminie 30 dni informowano pacjentów odrębnym pismem. Dyrektorzy szpitali psychiatrycznych przyjmowali pacjentów w sprawach skarg i wniosków we wszystkie dni robocze w wyznaczonych godzinach. W tej sprawie zapewniono stosowną informację wizualną.

Należy odnotować, że w jednym z badanych szpitali (w Radecznicy) ograniczono prawo pacjentów do składania skarg i wniosków. W Regulaminie porządkowym zakładu zawarto zapis o przyjmowaniu skarg przez kierownika zakładu od personelu oraz rodzin pacjentów. Nie przewidziano zaś możliwości zgłaszania takich skarg przez samych pacjentów, w tym również pacjentów, którzy z punktu widzenia medycznego i prawnego są w pełni zdolni

do tej czynności. Zdaniem NIK, żadne względy prawne nie uzasadniają pozbawienia osób chorych psychicznie prawa do składania skarg i wniosków.

Inne nieprawidłowości, które występowały w niektórych szpitalach psychiatrycznych przy przyjmowaniu i rozpatrywaniu skarg i wniosków dotyczyły:

- nieokreślenia w 5 jednostkach godzin przyjęć w sprawach skarg i wniosków przez dyrektora szpitala, co stanowi naruszenie art. 253 § 2 kpa i § 9 ust. 2 uchwały nr 132 Rady Ministrów z dnia 28 listopada 1980 r. w sprawie organizacji przyjmowania, rozpatrywania i załatwiania skarg i wniosków⁵², zwanej dalej „Uchwałą” (np. w szpitalach psychiatrycznych w: Gdańsku-Wrzeszczu i Żurawicy);
- nieprowadzenia w 4 kontrolowanych zakładach odrębnego rejestru skarg i wniosków (art. 254⁵ kpa i § 4 Uchwały) utrudniając tym samym kontrolę przebiegu i terminów załatwiania poszczególnych skarg i wniosków oraz niezakończenie „książki skarg i wniosków”, która powinna być udostępniana bez ograniczeń (§ 14 Uchwały).

Fakty takie stwierdzono np. w szpitalach psychiatrycznych w: Toszku, Gdańsku-Wrzeszczu - skargi były rejestrowane w dzienniku korespondencji wpływającej do szpitala, prowadzonym w sekretariacie dyrektora szpitala;

- niesporządzania protokołu w przypadku zgłoszenia skargi lub wniosku ustnie przez wnoszącego skargę. Obowiązek przyjmującego zgłoszenie ustne skargi lub wniosku do sporządzenia protokołu podpisanego przez wnoszącego skargę lub wniosek i przyjmującego zgłoszenie wynika z postanowienia § 11 Uchwały.

W szpitalu w Lubiążu - w okresie objętym kontrolą - 15 pacjentów zgłosiło ustne skargi, które nie zostały zaprotokołowane i zaewidencjonowane;

- niewywieszenie w 3 jednostkach informacji o dniach i godzinach przyjęć w sprawie skarg i wniosków przez dyrektora szpitala (§ 10 Uchwały). Na przykład:

w Wojewódzkim Ośrodku Lecznictwa Psychiatrycznego w Toruniu.

Rady nadzorcze większości kontrolowanych szpitali psychiatrycznych dokonywały raz w roku oceny sposobu przyjmowania i załatwiania skarg i wniosków. W okresie 1995 - 1996 rady nadzorcze 6 badanych jednostek nie realizowały zadania określonego w art. 46 ustawy o

⁵² Monitor Polski Nr 29, poz. 162 zm.: 1987 Nr 20, poz. 172, 1989 Nr 7 poz. 66.

ZOZ, dotyczącego dokonywania okresowych analiz skarg i wniosków pacjentów szpitali psychiatrycznych.

Problematyka skarg i wniosków nie była przedmiotem żadnego z posiedzeń rad nadzorczych w szpitalach psychiatrycznych w: Jarosławiu, Radomiu, Toruniu, Świeciu n/Wisłą, Żurawicy oraz w Szpitalu Zespolonym Nr 1 w Rzeszowie, w których funkcjonował oddział Psychosomatyczno-Detoksykacyjny.

Rady Nadzorczej nie powołano:

w I Klinice Chorób Psychiczych Państwowego Szpitala Klinicznego Nr 1 AM w Gdańsku.

Na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 26 maja 1997 r. w sprawie nadania statutu Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej⁵³, które weszło w życie 28 maja 1997 r., państwowe szpitale kliniczne podlegają Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej.

2.6. Pobyt pacjentów w szpitalach psychiatrycznych mimo braku przesłanek medycznych i organizowanie wsparcia społecznego

Z materiałów kontroli wynika, że osoby z zaburzeniami psychicznymi wymagające opieki nadal przebywają w szpitalach (oddziałach) psychiatrycznych mimo, iż nie wymaga tego stan ich zdrowia. Osoby przewlekłe psychicznie chore nie wymagające leczenia szpitalnego i nie stwarzające zagrożenia dla siebie i otoczenia, którym nie można było zapewnić wsparcia w rodzinie bądź miejscu zamieszkania - powinny być umieszczane w domach pomocy społecznej (DPS) tworzonych przez wojewodę na podstawie art. 12 ust. 1 pkt 2 i 6, art. 19, 20 i 35 ustawy z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej⁵⁴ oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 2 lutego 1993 r. w sprawie domów pomocy społecznej⁵⁵.

W badanym okresie (lata 1995-1996) na 36 skontrolowanych jednostek organizacyjnych aż w 26 z nich przebywali pacjenci z przyczyn pozamedycznych. W 10 kontrolowanych jednostkach nie było osób przebywających powyżej 6 miesięcy nie wymagających leczenia.

⁵³ Dz.U. nr 52, poz. 330.

⁵⁴ Patrz - przypis 17.

⁵⁵ Dz.U. Nr 13, poz. 63.

Stan taki stwierdzono w 3 szpitalach psychiatrycznych (w Olsztynie, Suwałkach, Złotoryi), 5 oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych (w Brzegu, Iławie, Krakowie (Szpital im. L. Rydygiera), Ostrołęce, Rzeszowie) oraz w 2 klinikach psychiatrycznych (PSK Nr 1 AM w Gdańsku i PSK Nr 5 AM w Poznaniu).

Z ustaleń kontroli wynika, że najczęstszą przyczyną pozostawiania osób, których stan zdrowia nie wymagał leczenia, w szpitalu (oddziale) psychiatrycznym powyżej 6 miesięcy były m.in.: starość, samotność i nieporadność życiowa, brak mieszkania i środków do życia, utracona zdolność do samodzielnego życia, niemożliwość zapewnienia opieki przez najbliższych z powodu ich niechęci do zabierania ze szpitala bądź ze względu na ich wiek i stan zdrowia.

Liczba pacjentów przebywających w szpitalach (oddziałach) psychiatrycznych dłużej niż 6 miesięcy z wyżej wymienionych przyczyn, czyli tzw. rezydentów, w grudniu 1996 r. wynosiła od 1 do 164. Grupa tych pacjentów w niektórych szpitalach przekraczała 25% ogółu przebywających w szpitalu.

W grudniu 1996 r. najwięcej pacjentów z przyczyn pozamedycznych przebywało w 9 szpitalach psychiatrycznych, a mianowicie w: Lubiążu (164 osoby, tj. 28% ogółu przebywających w szpitalu), Lublińcu (164 osoby - 29,8%), Krakowie (Szpital im. J. Babińskiego - 76 osób, tj. 25,3%), Radomiu (127 osób - 17,3%), Rybniku (99 osób - 11,8%), Gnieźnie (88 osób - 22%), Świeciu n/Wisłą (75 osób - 17,2%), Morawicy (59 osób - 10%), Lublinie (56 osób - 9,5%).

Najmniej pacjentów nie wymagających leczenia przebywało w 5 szpitalach psychiatrycznych w: Kielcach (6 osób), Suchowoli (3 osoby), Gdańsku-Wrzeszczu (1 osoba), w Toruniu (1 osoba) oraz w 3 oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych w: Lipnie (6 osób), Sandomierzu (2 osoby), Katowicach (Szpital Miejski Nr 5 - 1 osoba).

Informacje dotyczącą liczby osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych (w tym pobyt uzasadniony oraz niewymagających leczenia) i w oddziałach psychiatrycznych przedstawiają Tabele 1 i 2.

W świetle analizy zgromadzonych danych należy stwierdzić, że okres pobytu w szpitalach psychiatrycznych osób nie wymagających leczenia wynosi **od 1 roku do 32 lat.**

W szpitalu psychiatrycznym w Jarosławiu - w grudniu 1996 r. z przyczyn pozamedycznych przebywało 26 osób. Okres pobytu tych osób wynosił od 1 roku do 32 lat; w szpitalu w Rybniku - na 99 takich osób, 31 pacjentów przebywa od 2 do 5 lat, powyżej 10 lat - 20 pacjentów; w szpitalu w Żurawicy - przebywa 14 osób. Okres pobytu wynosi tu od 1,5 roku do 9 lat, zaś we Wrocławiu - przebywa od 1 roku do 7 lat 14 osób.

W kontrolowanych jednostkach organizacyjnych w kwestiach odpłatności za leczenie, leki i artykuły sanitarne, pomieszczeń i wyżywienie nie różnicowano przebywających tam osób wg kategorii czy są to osoby, które ze względu na stan zdrowia wymagają leczenia i osób, które nie wymagają dalszego postępowania terapeutycznego a przebywają w szpitalach psychiatrycznych ze względów społecznych, poza jednym wyjątkiem.

W strukturze organizacyjnej Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Branicach funkcjonuje komórka organizacyjna p.n. „Zakład Opiekuńczo-Lecznicy (ZOL)” dla przewlekle chorych psychicznie nie wymagających leczenia szpitalnego, z rejonu woj. opolskiego. Pobyt w ZOL jest odpłatny i miesięcznie wynosi 200% najniższej emerytury. Oplata ta nie może być jednak wyższa niż 70% dochodu osoby przebywającej w ZOL. Przyjmowanie do ZOL odbywa się na podstawie skierowania Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Opolu. Zadaniem ZOL jest zapewnienie osobom przewlekle chorym psychicznie całodobowej opieki pielęgniarско-lekarskiej, a także zakwaterowania, wyżywienia i innych świadczeń związanych z pobytem, które zapewnia szpital. Dla ZOL wydzielono 250 łóżek.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom psychicznie i upośledzonym umysłowo przez publiczne zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest bezpłatne. Bezpłatne są również leki, artykuły sanitarne, pomieszczenia i wyżywienie (art. 10 ustawy o OZP). Sprawa uprawnień do bezpłatnego leczenia, leków, pomieszczeń i wyżywienia budzi zastrzeżenia w przypadku osób nie wymagających leczenia w związku z art. 23 ust. 2 ustawy o ZOZ, który stanowi, że pacjent, którego stan nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego, ponosi koszty pobytu poczynwszy od terminu określonego przez kierownika szpitala niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń określonych w przepisach odrębnych.

Kontynuacja hospitalizacji pomimo braku przesłanek medycznych powoduje nie tylko dodatkowe obciążenie finansowej placówek lecznictwa psychiatrycznego ale także ogranicza dostęp do opieki medycznej osobom rzeczywiście jej potrzebującym.

Ustawa o OZP przewiduje utworzenie systemu oparcia społecznego m.in. dla tej kategorii osób (art. 8 ust. 1 ustawy o OZP). Oparcie społeczne polega w szczególności na:

- 1) podtrzymaniu i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia,
- 2) organizowaniu w środowisku społecznym pomocy ze strony rodziny, innych osób, grup, organizacji społecznych i instytucji,
- 3) udzielaniu pomocy finansowej, rzeczowej oraz innych świadczeń na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej (art. 8 ust. 2 ustawy o OZP).

Z ustaleń kontroli wynika, że w latach 1995 - 1996 współpraca szpitali (oddziałów) psychiatrycznych z „organami ds. pomocy społecznej”⁵⁶ polegała głównie na:

- 1) organizowaniu pomocy ze strony rodziny, innych grup, organizacji społecznych i instytucji. Dotyczyło to ponad połowy badanych jednostek (19). Na przykład:

Szpital psychiatryczny w Lublinie - współpracował ze stowarzyszeniami działającymi na rzecz osób chorych psychicznie (Lubelskim Stowarzyszeniem Ochrony Zdrowia Psychicznego grupującym chorych i ich rodziny oraz Charytatywnym Stowarzyszeniem Niesienia Pomocy Chorym „Misericordia” obejmującym pacjentów i personel szpitala). Stowarzyszenie „Misericordia” buduje na terenie szpitala ośrodek rehabilitacji dla chorych psychicznie.

„Koalicja na Rzecz Zdrowia Psychicznego” - ogólnopolskie stowarzyszenie, którego regionalny ośrodek w Lublinie został utworzony w styczniu 1997 r. stanowi forum współpracy z „organami pomocy społecznej” oraz organizacjami społecznymi”. W pracach „Koalicji” zaangażowani są pracownicy szpitala z dyrektorem na czele;

⁵⁶ Zgodnie z art. 2a ust. 1 pkt 7 ustawy o pomocy społecznej (patrz przypis 18) do jednostek organizacyjnych pomocy społecznej zalicza się: wojewódzkie zespoły pomocy społecznej, ośrodki pomocy społecznej, domy pomocy społecznej, placówki specjalistyczne poradnictwa socjalnego, ośrodki wsparcia . Pojęcie „ośrodek wsparcia” (art. 2a ust. 1 pkt 8 ww. ustawy) obejmuje w szczególności środowiskowe domy samopomocy, dzienne domy pomocy, noclegownie, ośrodki opiekuńcze.

Szpital im. J. Babińskiego w Krakowie ściśle współpracuje z organizacją samopomocową pacjentów „Braterstwo Serc”. Członkowie tej organizacji odwiedzają pacjentów w szpitalu, informują ich o możliwości objęcia oparciem społecznym przez Środowiskowy Dom Samopomocy w Krakowie, który powstał 28.XII.1985 r. i działa w ścisłej współpracy z ww. Organizacją oraz pomagają pacjentom po opuszczeniu szpitala. W dniu 12.XII.1996 r. powstał w Krakowie drugi Środowiskowy Dom Samopomocy, który obejmuje pomocą 20 osób głównie z powodu niedorozwoju umysłowego;

Szpital w Suwałkach - współpracuje z rodzinami pacjentów organizując grupowe spotkania w ramach działalności Suwalskiego Stowarzyszenia Rodzin i Przyjaciół Osób Chorych Psychiczenie „Nadzieja”,

- 2) rozpoznaniu i ustaleniu potrzeb w zakresie pomocy społecznej oraz występowaniu z wnioskami do wojewódzkich zespołów i terenowych ośrodków pomocy społecznej, właściwych dla stałego miejsca zamieszkania pacjentów w sprawach o: umieszczenie w domach pomocy społecznej, udzielenie im zasiłków (stałych, pielęgnacyjnych, okresowych) i innych świadczeń określonych w ustawie o pomocy społecznej głównie pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych takich jak zakwaterowanie, wyżywienie, ubranie, a także podejmowanie działań interwencyjnych w sprawach pacjentów oczekujących na umieszczenie w DPS. Współpracę podjęto też z rejonowymi biurami pracy, zakładami pracy, ZUS-em i KRUS-em (kompletowanie dokumentacji niezbędnej do uzyskania renty inwalidzkiej), z urzędami pocztowymi (przesyłanie rent, emerytur, paczek, przekazów na właściwy adres), występowano w sprawach alimentacyjnych, poprawy warunków mieszkaniowych. Przejawy takiej aktywności odnotowano w 2/3 badanych jednostek, np.:

w szpitalach psychiatrycznych w Choroszczy, Gdańsku-Wrzeszczu, Toszku, Lubiążu, Warszawie (ul. Nowowiejska) oraz w oddziałach psychiatrycznych szpitali ogólnych w: Ilawie i Katowicach.

- 3) pomocy mieszkaniowej poprzez umieszczenie w środowiskowych domach samopomocy organizowanych, prowadzonych i finansowanych przez „organy do spraw pomocy społecznej” (art. 9 ust. 2 ustawy o OZP) w porozumieniu z zakładami psychiatrycznymi opieki zdrowotnej. Działania takie stwierdzono w 4 kontrolowanych zakładach. Na przykład:

Szpital psychiatryczny w Lublinie - współpracuje od 1996 r. ze Środowiskowym Domem Samopomocy (ŚDS) w Łęcznej, który objął opieką kilku chronicznie chorych pacjentów szpitala. Szpital przeprowadził szkolenie personelu ŚDS w Bychawie i Puławach;

Szpital w Olsztynie - współpracuje ze Środowiskowym Dziennym Domem Pomocy Społecznej w Olsztynie, kierując tam podopiecznych, przeprowadzając konsultacje lekarskie, a także szkoląc personel.

2.7. Warunki bytowe i poziom wyżywienia pacjentów

Szpital, stosownie do określonego w statucie zakresu działania, zapewnia przyjętemu do szpitala m.in. pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia (art. 20 ust. 1 pkt 3 ustawy o ZOZ). Pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej powinny zaś odpowiadać wymaganiom umożliwiającym udzielanie świadczeń zdrowotnych (art. 9 ust. 1 ustawy o ZOZ). Wymagania, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej określił Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w rozporządzeniu z dnia 21 września 1992 r.⁵⁷.

Zgodnie z postanowieniami ww. rozporządzenia:

- pokoje łóżkowe powinny umożliwić ustawienie łóżek z dostępem z trzech stron (w tym z dwóch dłuższych),
- odstęp między łózkami powinny wynosić minimum 70 cm, a od ściany zewnętrznej - minimum 80 cm,
- modułarna szerokość pokoju łóżkowego powinna umożliwić wyprowadzenie każdego łóżka bez konieczności przesuwania innych (część I pkt 7, 8, 9 Załącznika nr 2 do ww. rozporządzenia),
- w pokojach wielołożkowych powierzchnia pokoi powinna wynosić minimum 6 m² na jedno łóżko (część III pkt 3 Załącznik nr 2 do rozporządzenia).

Odnosnie stanu urządzeń sanitarnych rozporządzenie stanowi, że:

- ustępy powinny być urządzone odrębnie dla personelu i pacjentów oraz osobno dla mężczyzn i kobiet, przy czym dla pacjentów - 1 miska ustępowa na 20 mężczyzn, 1 miska

⁵⁷ Dz.U. Nr 74, poz. 366; z 1993 r. Nr 16, poz. 77; z 1994 r. Nr 26, poz. 95.

ustępowa na 15 kobiet. Przedśionki ubikacji muszą być wyposażone w umywalki w liczbie 1 umywalka na 4 miski ustępowe lub pisuary, lecz nie niższej niż 1 umywalka (część I pkt 12 i 13 załącznik Nr 1 do rozporządzenia).

Kontrola ujawniła liczne odstępstwa od wymagań wynikających z ww. aktów prawnych. Żaden z kontrolowanych szpitali (oddziałów) psychiatrycznych nie spełniał wszystkich przewidzianych prawem norm. Zakres stwierdzonych odstępstw był zróżnicowany. Najczęściej spotykane odstępstwa w szpitalach (oddziałach) psychiatrycznych polegały na:

- nadmiernym zagęszczeniu pokoi łóżkowych. W 16 szpitalach psychiatrycznych liczba łóżek rzeczywistych była wyższa od liczby łóżek etatowych; wartości przekroczeń wahały się od 4,4% (w Psychiatrycznym Specjalistycznym ZOZ w Lublinie) do 105,9% (w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Żurawicy), średnio 35,4%.

W 88% oddziałów kontrolowanych szpitali psychiatrycznych powierzchnia przypadająca na jedno łóżko była mniejsza od ustalonych 6 m². Nadmierne zagęszczenie sal chorych ograniczało wymagany dostęp do poszczególnych łóżek. W 50% kontrolowanych jednostek organizacyjnych brak było możliwości wyprowadzenia łóżka z sali bez konieczności przesuwania innych łóżek. W trzech przypadkach szerokość łóżka była większa niż szerokość drzwi. Na przykład:

W Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Lublińcu w dwóch oddziałach psychiatrycznych (05 i 07) wszystkie, tj. 37 sal posiadało drzwi wejściowe o szerokości 90 cm, zamiast wymaganych co najmniej 110 cm. Natomiast szerokość łóżek wynosiła 95 cm. Wg wyjaśnienia Dyrektora Szpitala przyczyną nieprzestrzegania obowiązujących norm był brak środków finansowych na dokonanie odpowiednich zmian w wymiarach drzwi.

Nadmierne zagęszczenie pomieszczeń szpitalnych w wyniku oględzin stwierdzono np.: w Wojewódzkim Zespole Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Radomiu w trzech oddziałach psychiatrycznych, tj. P-1 (96 miejsc); P-2 (95 miejsc) i młodzieżowym (41 miejsc); powierzchnia przeznaczona na jedno łóżko w tych oddziałach wynosiła od 2,9 m² do 4 m²;

W Specjalistycznym Psychiatrycznym ZOZ w Jarosławiu na koniec roku 1996 w 71 salach było 700 łóżek, podczas gdy wg normy powinno być 372. Oględziny 12 sal chorych, w których znajdowało się 139 łóżek wykazały, że w 7 salach sposób

ustawienia łóżek uniemożliwiało wyprowadzenie każdego łóżka bez konieczności przesuwania innych, w 6 salach łóżka ustawione były bez dostępu do nich z trzech stron (łóżka złączane ze sobą), w 5 pokojach łóżka ustawione były bezpośrednio przy ścianach zewnętrznych, a w 4 odstępy między łózkami wynosiły 50 cm. W żadnej z 12 sal nie było umywalek. Średnio na jedno łóżko przypadało od 2,3 m² do 4,5 m² powierzchni pokojowej;

W Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu na jednego pacjenta w salach wielolóżkowych przypadało od 2,60 m² do 5,60 m², przy średniej w stosunku do całej bazy lokalowej - 4.04 m² na łóżko. Na 107 sal chorych, rozmieszczonych w 17 oddziałach szpitalnych, tylko w 6 (5,6%) salach zachowano normy powierzchniowe przypadające na 1 pacjenta. Na 315 poddanych oględzinom łóżek w salach chorych tylko do 132 był dostęp z trzech stron.

- niewystarczającej ilości urządzeń sanitarnych w stosunku do liczby pacjentów przebywających w oddziałach i liczby personelu. Nieprawidłowości te stwierdzono w 59% szpitali psychiatrycznych. Najczęstszymi odstępstwami ujawnionymi w toku kontroli były: koedukacyjne sanitariaty i łazienki, brak umywalek w przedsionkach sanitariatów, kabiny bez osłon gwarantujących prywatność, brak ciepłej wody, brak osobnych toalet dla personelu.

W Szpitalu Psychiatrycznym Specjalistycznego Psychiatryczno-Neurologicznego ZOZ w Gdańsku Wrzeszczu na Oddziałach 21B, 19A, 20C toalety były wspólne dla mężczyzn i kobiet; ponadto drzwi do toalet na oddziałach dla dorosłych miały niepełne wymiary, co nie zapewniało niezbędnej intymności tych pomieszczeń.

W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym (Oddział Psychosomatyczny) w Ostrołęce nie wyodrębniono oddzielnych ubikacji dla kobiet i mężczyzn, a w przedsionkach pomieszczeń ustępowych nie było umywalek.

W Specjalistycznym Zespole Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu na oddziale IV i VI było jedno „oczko” (tzw. ubikacje tureckie - bez sedesów) na 46 pacjentów.

W Specjalistycznym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Morawicy na dwóch oddziałach na wymaganą liczbę 3-5 kabin natryskowych nie było żadnej.

W Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Radecznicy brak było odrębnych sanitariatów i łazienek dla personelu szpitalnego (Oddział II, IV i V).

W Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu w trzech oddziałach (II, III i IV) w kabinach prysznicowych nie zamontowano osłon, a w ubikacji brakowało drzwi. Ponadto brakowało odpowiednich oznaczeń instalacji wodnej. Dopiero na skutek interwencji kontrolera NIK wszystkie baterie łazienkowe zostały prawidłowo oznakowane. W trakcie kontroli usunięto także, trwającą od 1,5 roku, awarię urządzeń c.o. w Oddziale VI. W związku ze śmiertelnym poparzeniem pacjentki w dniu 20 grudnia 1996 r. - we własnym zakresie wymieniono niesprawne termoregulatory na węzłach cieplnych.

Poziom wyżywienia pacjentów w szpitalach (oddziałach) psychiatrycznych ustalono badając średnią dzienną stawkę żywienia jednego pacjenta oraz biorąc pod uwagę zalecenia pokontrolne, wydane przez terenowych inspektorów sanitarnych w zakresie higieny żywienia. Średnia stawka żywieniowa w 1995 r. wahała się od 1,24 zł (w Szpitalu Miejskim Nr 5 ZOZ Lecznictwa Zamkniętego w Katowicach) do 4,20 zł (w Państwowym Szpitalu Klinicznym Nr 5 w Poznaniu). Stawka średnia wynosiła 2,70 zł. Należy tu odnotować, że aż w 56% szpitali stawka ta była niższa od wartości średniej.

W 1996 r. stawka żywieniowa wahała się od 1,25 zł (Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu) do 4,39 zł (Szpital Wolski ZPOZ w Warszawie) - średnio 3,16 zł. Stwierdzono, że w 41% szpitali stawka ta była niższa od wartości średniej.

W Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku średnia stawka żywieniowa na oddziałach psychiatrycznych (trzy posiłki dziennie) wzrosła z 2,16 zł w 1995 r. do 2,54 zł w 1996 r. (wzrost o 0,38 zł); NIK podziela opinię Pani Dyrektora tego szpitala, że środki budżetowe przeznaczone na jego utrzymanie były niewystarczające; z wyjaśnienia udzielonego NIK wynika dodatkowo, że w ciągu ostatnich 4 lat środki te systematycznie były obniżane, nie uwzględniając wskaźników inflacji, co oczywiście odbijało się negatywnie na wysokości stawki żywieniowej, jak i jakości wyżywienia. O sytuacji takiej Pani Dyrektor szpitala informowała zarówno Urząd Wojewódzki w Katowicach, jak i MZiOS.

W 71% szpitali średni wzrost stawki żywienia dziennego w 1996 r. był niższy w porównaniu do roku 1995 od średniego wzrostu cen artykułów spożywczych, w omawianym okresie, podawanego przez GUS (przy inflacji wynoszącej w 1995 r. - 27,8%

i w 1996 r. - 19,9%)⁵⁸. Jako zupełnie wyjątkową należy w tym kontekście odnotować sytuację pacjentów oddziału psychiatrycznego ZZOZ ZSZ MSW w Poznaniu, gdzie stawki wyżywienia wynosiły w 1995 r. średnio 4 zł, zaś w 1996 r. do 20 maja - 4,00 zł, a w okresie od 21 maja do 30 listopada - 5,16 zł i od 1 do 31 grudnia - 5,80 zł.

W toku kontroli ustalono, że państwowi terenowi inspektorzy sanitarni okresowo dokonywali oceny żywienia pacjentów na podstawie retrospektywnej analizy jadłospisów dekadowych i bieżących badań laboratoryjnych posiłków pobieranych w oddziałach. Z zestawienia ww. danych wynika, że:

- 1) jedynie w 9% szpitali żywienie pacjentów oceniano jako dobre, w 41% jako dostateczne, w 14% - częściowo dostateczne, a w 36% oceniono jako niedostateczne,
- 2) zastrzeżenia do jadłospisów i posiłków dotyczyły m.in. braku dodatków warzyw i owoców, nieprawidłowych proporcji białka, węglowodanów i tłuszczów, zaniżonej kaloryczności posiłków, nadmiaru soli kuchennej w posiłkach.

*W Oddziałach psychiatrycznych (2) Szpitala Miejskiego Nr 5 w Katowicach - z przeprowadzonej w dniu 25 lutego 1997 r. przez WSSE w Katowicach jedynej w badanym okresie kontroli jakość i sposobu żywienia wynika, że żywienie pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, w tym struktura spożycia produktów, była niewłaściwa. I tak np. śniadania i kolacje nie obejmowały produktów zawierających białko zwierzęce, witaminy C i beta karotenu. Podawane posiłki zapewniały jedynie około 50% potrzeb organizmu chorego na energię. Obiad w ww. dniu zaplanowany został na 580 kcal, wobec przewidzianej 1100 kcal. Przyczyną takiego poziomu żywienia jest **średnia stawka żywieniowa przypadająca na 1 osobodzień a sfinansowana ze środków budżetowych. Wynosiła ona w 1995 r. - 1,15 zł, a w IV kwartale nawet - 0,96 zł, natomiast w 1996 r. osiągnęła 1,23 zł, w tym w I kwartale - 1,08 zł.** Stawka ta praktycznie była nieco wyższa bowiem szpital dofinansowywał żywienie pacjentów ze środków specjalnych, a pochodzących m.in. z dobrowolnych wpłat pacjentów lub ich rodzin i wyniosła w 1995 r. ostatecznie - **1,24 zł**, a w 1996 r. - **1,28 zł**. Zaznaczyć również należy, że środki specjalne przeznaczone na dożywienie pacjentów stanowiły 5,8% wykorzystanych środków ogółem w 1995 r., a w 1996 r. - 8,6%.*

⁵⁸ Obwieszczenie Prezesa GUS w sprawie wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych (Monitor Polski z 1996 r. Nr 3, poz. 26 i z 1997 r. Nr 5, poz. 66). Najwyższa Izba Kontroli ma świadomość, że podane wyżej średnie stawki żywienia dziennego nie uwzględniają osób przebywających na przepustkach i rzeczywiście mogą być nieznacznie wyższe.

*W Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Branicach w 1995 r. w oddziałach psychiatrycznych szpitala średnia stawka żywieniowa wynosiła 2,33 zł, a w 1996 r. 2,86 zł. Z oceny przestrzegania norm zalecanych przez Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dr med. Aleksandra Szczygła w Warszawie (z 1990 i 1996 r.), dokonanej w dniu 3 stycznia 1996 r. przez Państwowego Terenowego Inspektora Sanitarnego w Kędzierzynie Koźlu wynika, że zaniżono o 35% średnią wartość kaloryczną posiłków obiadowych. Następną oceną z końca 1996 r. wykazała, że poza artykułami zbożowymi pozostałe produkty podawane były w niedoborze lub nadmiarze, a udział warzyw i owoców w posiłkach zaniżono o około 40% w stosunku do norm żywienia. Kaloryczność 2 posiłków obiadowych poddanych analizie - była zaniżona w stosunku do normy o **455 kcal** (38,2%).*

Kontrola ujawniła w sporadycznych przypadkach:

- brak dostatecznej liczby i powierzchni oraz wyposażenia stołówek,
- wykorzystywanie jako miejsc pobytu pacjentów pomieszczeń do tego nie przeznaczonych, np. korytarzy do spożywania posiłków, co powodowało blokowanie dróg i przejść ewakuacyjnych,
- brak wystarczającej liczby sztućców w stosunku do hospitalizowanych pacjentów.

W Oddziale Psychiatrycznym Szpitala ZOZ w Brzegu brak było odrębnego pomieszczenia przeznaczonego na jadalnię. Wydzielono część korytarza ustawiając stoły dla 15 osób z przeznaczeniem na spożywanie posiłków obok kuchenki, z której wydawano posiłki przez okienko;

W Oddziale Psychiatrycznym Szpitala Rejonowego ZOZ w Sandomierzu - spożywanie posiłków odbywało się w holu na powierzchni 40,5 m², wyposażonym w 15 stołów i 60 krzeseł. Chorzy korzystają z łyżek i widelców (bez noży) - wystawionych na stole w plastikowych pojemnikach.

W Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Radecznicy na Oddziale VI w stołówce były jedynie widelce i łyżki, brakowało noży. Wg wyjaśnień pielęgniarki Oddziałowej na Oddziale tym nigdy nie było noży, a chorzy nie umieją jeść przy pomocy noża i widelca, korzystają jedynie z łyżek. Dyrektor Szpitala w wyjaśnieniu dodał, że były przypadki niewłaściwego wykorzystania sztućców zagrażającego życiu i zdrowiu pacjentów.

2.8. Działania podejmowane przez szpitale (oddziały) psychiatryczne w zakresie promocji zdrowia psychicznego.

Ustawa o OZP stanowi, że ochrona zdrowia psychicznego polega m.in. na promocji zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym (art. 2 ust. 1). Działania zapobiegawcze w zakresie ochrony zdrowia psychicznego podejmowane są przede wszystkim wobec dzieci, młodzieży, osób starszych i osób znajdujących się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla ich zdrowia psychicznego (art. 4 ust. 1). Sposób organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym określa - wydane z dużym opóźnieniem - rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 sierpnia 1996 r. Weszło ono w życie w dniu 1 stycznia 1997 r. Warto w tym miejscu odnotować, że wśród podmiotów zobowiązanych do organizowania i prowadzenia działań w omawianym zakresie zostały wymienione publiczne zakłady opieki zdrowotne (§ 1 ust.1 rozporz.), a także fakt, iż w działaniach tych mogą uczestniczyć m.in. organizacje pozarządowe, kościoły i związki wyznaniowe, samorządy zawodowe, a także grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin (§ 1 ust.2 rozporz.).

Z ustaleń kontroli wynika, że mimo wydania ww rozporządzenia Rady Ministrów dopiero w drugiej połowie 1996 r. - zdecydowana większość kontrolowanych jednostek, bo 29 na 36 badanych, podjęła działania służące realizacji zadań w odniesieniu do szeroko rozumianej promocji zdrowia psychicznego. Zakres tych działań był jednak bardzo zróżnicowany; od usystematyzowanych programów promocyjnych, obejmujących szeroką ofertę przedsięwzięć edukacyjnych, organizacyjnych, kreujących w społecznościach lokalnych pożądany, z punktu widzenia ustawy, model psychiatrii humanistycznej (np. Ośrodek w Toruniu, Szpital w Rybniku), po działania doraźne, wyczerpujące się w indywidualnym zaangażowaniu dyrektora (ordynatora) szpitala na rzecz promocji zdrowia psychicznego w mediach (np. szpital w Świeciu n/Wisłą).

Działania w zakresie promocji zdrowia psychicznego podejmowane są i prowadzone przez Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Psychiatrycznego w Toruniu od chwili powołania tego Ośrodka, tj. od 1990 r. Doceniając znaczenie wczesnej interwencji w zapobieganiu i leczeniu zaburzeń psychicznych, jednym ze strategicznych celów rozwoju Ośrodka było stworzenie profesjonalnego zespołu terapeutycznego oraz odpowiedniej bazy materialnej dla psychiatrii dzieci i młodzieży. Aktualnie, jako jedna z niewielu placówek w Polsce, Ośrodek prowadzi wszystkie formy leczenia dla tej grupy wiekowej: poradnię, oddział dzienny i stacjonarny . W roku 1995 w Ośrodku powstał projekt

Wojewódzkiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, który zawiera m.in. program profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego. Analiza treści tego programu wskazuje, że realizacja podstawowych zadań promocji zdrowia psychicznego wymaga podjęcia działań z jednej strony skierowanych głównie na jednostkę, drugiej zaś na zmiany w środowisku społeczno-ekologicznym. W zakresie promocji skierowanej na wzmocnienie kompetencji, wiedzy i umiejętności jednostki, program przewiduje m.in. rozwijanie indywidualnych i grupowych form pomocy w zdobywaniu wiedzy o zdrowiu psychicznym, organizowanie różnych form pomocy w sytuacjach kryzysowych (telefony zaufania, punkty konsultacyjne, grupy samopomocy i inne), a także rozwijanie poradnictwa psychologicznego, wychowawczego, zawodowego. W zakresie promocji ukierunkowanej na zmiany w środowisku, program przewiduje m.in. minimalizację środowiskowych zagrożeń dla życia i rozwoju psychicznego człowieka, podejmowanie działań na rzecz zmniejszenia rozmiarów palenia tytoniu, spożycia alkoholu i używania innych środków psychoaktywnych, opracowanie i wdrożenie programów edukacyjnych mających na celu zapobieganie zaburzeniom psychicznym.

Główną formą, w jakiej realizowano zadania z zakresu promocji zdrowia psychicznego, było rozwijanie w społeczeństwie wiedzy i umiejętności potrzebnych człowiekowi do samorozwoju i samorealizacji, radzenia sobie ze stresami i wymaganiami środowiska oraz zwiększenia kontroli nad swoim zdrowiem psychicznym. Cele te osiągnęto przede wszystkim poprzez przeprowadzanie przez personel szpitali prelekcji w szkołach, mediach (radio, telewizja regionalna i ogólnopolska, prasa), organizowanie środowiskowych, ogólnopolskich lub międzynarodowych seminariów naukowych, „Światowego Dnia Psychiatrii”, dni otwartych szpitala, udzielanie porad profilaktycznych w ramach telefonu zaufania, a także powoływanie stowarzyszeń, których celem jest m.in. propagowanie promocji zdrowia psychicznego.

Krakowski Szpital Neuropsychiatryczny im. J. Babińskiego opracował program pt. „Przyszłość opieki psychiatrycznej i pomocy społecznej w woj. krakowskim”. Realizując jego założenia (były one przedmiotem VI polsko-niemieckiego sympozjum Kraków-Bethel), pracownicy szpitala systematycznie publikują w prasie artykuły dotyczące promocji zdrowia psychicznego, udzielają wywiadów telewizyjnych na ten temat, uczestniczą w działaniach na rzecz zapobiegania i rozwiązywania problemów alkoholowych. W ramach promocji zdrowia szpital zorganizował z okazji Światowego Dnia Psychiatrii w dniu 10 października 1995 i 1996 r. konferencję prasową i dzień otwarty szpitala, połączony z wystawą prac pacjentów oraz aukcją tych prac. Szpital wydał także książkę i kasetę video pt. „Moc sztuki”, która przedstawia innowacje w praktyce terapii sztuką i terapii kreatywnej. W 1996 r. szpital był inicjatorem i organizatorem dwu międzynarodowych sympozjów: w lutym - Polsko-Francuskiego poświęconego ustawodawstwu psychiatrycznemu (efektem

tego spotkania jest obecnie drukowana książka pt. "Ustawodawstwo psychiatryczne"), w kwietniu - Polsko-Niemieckiego nt. „Psychiatria i Sztuka”

W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym Nr 1 w Rzeszowie działania w zakresie promowania zagadnień zdrowotnych i zaburzeń psychicznych podejmowała Poradnia Dziecięco-Młodzieżowa Wojewódzkiej Przychodni Zdrowia Psychicznego. Działalność ta polegała m.in. na współpracy ze szkołami, placówkami oświatowymi, opiekuńczo- wychowawczymi w zakresie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, prowadzeniu w latach 1995-1996 licznych szkoleń i wykładów dla nauczycieli, wychowawców, studentów, m.in. w Centrum Szkolenia Administracji w Rzeszowie, a także w Wyższej Szkole Pedagogicznej w Rzeszowie.

W 7 kontrolowanych jednostkach funkcjonował telefon zaufania, jako najbardziej dostępna forma porad profilaktycznych. Od przeszło 30 lat działa on w Psychiatrycznym Specjalistycznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Lublinie. Działania zapobiegawcze w tej postaci realizowali m.in. psycholodzy Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Jarosławiu.

Kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, w tym zapobiegających nadużywaniu alkoholu, używaniu innych substancji psychoaktywnych i paleniu tytoniu - stanowiły przedmiot działań 15 badanych jednostek. Na ich terenie powstały m.in. kluby AA oraz dla osób współuzależnionych, poradnie psychologiczne, prowadzone są treningi m.in. asertywności dla osób uzależnionych.

Wojewódzki Zespół Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Radomiu w opracowanym harmonogramie realizacji zadań wynikających z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego do 2005 r., wśród wielu działań służących realizacji ww celów przewidział: zorganizowanie odwykowej opieki zdrowotnej (w tym utworzenie Miejskich Poradni Odwykowych w Radomiu i Nowym Mieście), oddziału dziennego dla uzależnionych od alkoholu, utworzenie punktu konsultacyjnego dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych.

Wojewódzki Zespół Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie od wielu lat współpracuje ze stowarzyszeniem „Stokrotka” w Olsztynie w zakresie pomocy dla dzieci z rodzin alkoholowych, z grupami samopomocowymi (AA, Al- Anon, Al-Atin), z Towarzystwem „Powrót z U”. Lekarze i terapeuci Zespołu spotykają się z młodzieżą szkolną i ich rodzicami w ramach współpracy z Pełnomocnikiem Wojewódzkim ds Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Narkomanii.

W toku kontroli stwierdzono, że 12 badanych jednostek uwzględniało zagadnienia promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym w programach

szkolenia zawodowego (w tym podyplomowego) osób zajmujących się nauczaniem i wychowaniem, leczeniem, opieką, rehabilitacją i resocjalizacją.

Lekarze Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego w Lublińcu przeprowadzili w latach 1995-1996 5 szkoleń dla wyższego i średniego personelu medycznego, w tym poświęcone m.in. minimum psychiatrii dla lekarzy oraz pracy pielęgniarki środowiskowej rodzinnej.

Lekarze i pielęgniarki (w tym kierownictwo) Specjalistycznego Psychiatrycznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Suwałkach uczestniczyli w charakterze wykładowców w cyklu szkoleń organizowanych w listopadzie i grudniu 1996 r. (we współpracy z PCK) dla 42 opiekunek w zakresie pielęgnacji i opieki nad chorymi psychicznie w domu.

Dyrektor Oddziału Psychiatrycznego ZOZ w Brzegu w toku kontroli wyjaśnił, że w ramach promocji zdrowia psychicznego przeprowadzono szereg wykładów dla lekarzy pierwszego kontaktu z pacjentem, a także dla innych pracowników medycznych. Ordynator wymienionego Oddziału indywidualnie szkolił lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej m.in. w zakresie omawianej tematyki.

Działania na rzecz promocji zdrowia psychicznego podejmowane przez Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Opieki Neuropsychiatrycznej w Kielcach (wykłady, udział w debatach telewizyjnych, radiowych) adresowane były do szerokiego kręgu odbiorców. Były nimi m.in. osoby mające bezpośredni kontakt z osobami chorymi psychicznie, a więc pielęgniarki środowiskowe, pielęgniarki ogólne, opiekunki społeczne, lekarze rodzinni, ratownicy medyczni, a także pracownicy Zespołu stale podnoszący swą wiedzę i umiejętności z zakresu kształtowania zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego.

Specjalistyczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choroszczy zorganizował w maju 1996 r. konferencję na temat promocji zdrowia psychicznego. W konferencji, mającej charakter szkolenia, uczestniczyło około 100 pielęgniarek z zakładów opieki zdrowotnej woj. białostockiego. W tym samym roku (czerwiec) Zakład zorganizował tygodniowe szkolenie dla pielęgniarek psychiatrycznych szpitala na temat współczesnych problemów pielęgniarstwa psychiatrycznego. Wykłady i ćwiczenia prowadzili pracownicy Akademii Medycznej w Lublinie.

W 15 kontrolowanych jednostkach działania w zakresie promocji zdrowia psychicznego polegały na tworzeniu placówek zajmujących się poradnictwem psychologicznym i pomocą psychospołeczną oraz organizowaniu i wspieraniu różnych form oparcia społecznego, zwłaszcza grup samopomocy osób z zaburzeniami psychicznymi.

Wyróżniającą działalność w tym zakresie prowadziły m.in. szpitale (oddziały) w u, Rybniku, Katowicach, Krakowie, Lublinie, Toruniu.

2.9. Funkcjonowanie nadzoru wojewodów nad działalnością publicznych zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Badania kontrolne ujawniły, że w porównaniu do publicznych zakładów opieki zdrowotnej - nie świadczących usług dla pacjentów psychiatrycznych -⁵⁹ aktywność pracowników urzędów wojewódzkich w zakresie sprawowania nadzoru nad realizacją przez podległe im szpitale (oddziały) psychiatryczne ustawy o OZP była wyższa i mniej sformalizowana. Tej generalnie pozytywnej tendencji, odnotowanej przez kontrolujących, nie zmienia fakt ustalenia, że na 36 skontrolowanych jednostek, aż w 14 nie przeprowadzono żadnej kontroli uwzględniającej funkcjonowanie ustawy o OZP. Tam zaś gdzie kontrole te nawet formalnie przeprowadzono, stwierdzono, że dokonywali ich występujący w podwójnej roli specjaliści ds. psychiatrii, zatrudnieni w kontrolowanych i nadzorowanych przez siebie jednostkach.

W latach 1995-1996 pracownicy Urzędu Wojewódzkiego w Białymstoku przeprowadzili tylko jedną kontrolę Specjalistycznego Psychiatrycznego ZOZ w Choroszczu i to w zakresie działalności finansowo-gospodarczej. Odnotować w tym miejscu należy, że wizytujący z kolei ten szpital w 1995 i 1996 r. specjalista wojewódzki ds. psychiatrii jest równocześnie w nim zatrudniony na stanowisku ordynatora. Nie kwestionując ani kompetencji, ani rzetelności przeprowadzonych przezeń kontroli, trudno nie wyrazić wątpliwości, czy występujący w podwójnej roli :kontrolującego i kontrolowanego specjalista wojewódzki może w pełni realizować przypisane temu urzędowi cele kontrolno-nadzorcze.

W latach 1995-1996 w książce ewidencji kontroli Wojewódzkiego Zespołu Opieki Neuropsychiatrycznej w Kielcach nie została zarejestrowana żadna kontrola ze strony przedstawiciela Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Kielcach lub Specjalisty Wojewódzkiego ds. Psychiatrii. Z informacji pisemnej uzyskanej przez kontrolującego w dniu 22 stycznia 1997 r. od Specjalisty Wojewódzkiego ds. Psychiatrii, będącego równocześnie ordynatorem Oddziału Dziennego-Psychiatrycznego wynika m.in., że w 1995 r., w początkowym okresie obowiązywania ustawy o OZP, brał on udział w monitorowaniu realizacji ustawy, uczestniczył w bieżącym rozwiązywaniu problemów, w 1996 r. zaś koncentrował się bardziej na zgodności stosowania przymusu z obowiązującymi przepisami. Fakt nie odnotowania swojej aktywności w książce kontroli tłumaczył tym, iż uważa, że obowiązki konsultanta to bardziej doradztwo czy konsultacja niż kontrola.

⁵⁹Wyniki przeprowadzonej przez NIK w 1996 r. kontroli przestrzegania praw pacjenta w publicznych zakładach opieki zdrowotnej wskazywały na niewielką aktywność urzędów wojewódzkich w zakresie monitorowania realizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w części dotyczącej statusu prawnego

W niektórych jednostkach (7) - mimo nie odnotowania w książkach kontroli faktu jej przeprowadzenia - urzędy wojewódzkie w rzeczywistości współpracowały (w 3 przypadkach nawet ściśle, w ocenie dyrektorów tych jednostek wzorowo) z kontrolowanymi szpitalami, sprawując także i w ten sposób nadzór, służąc pomocą w rozwiązywaniu bieżących problemów.

Stan taki stwierdzono np. w Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku. Z wykazu kontroli przeprowadzonych przez pracowników Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach wynika, że w 1995 r. szpital nie był kontrolowany przez przedstawicieli UW. Z wyjaśnień złożonych dla NIK przez Panią Dyrektor tego szpitala wynika zaś, że szpital współdziała na codzień z organami administracji rządowej poprzez systematyczną współpracę z Radą Nadzorczą Szpitala (w której zasiadają przedstawiciele wojewody), powołaną z inicjatywy Pani Dyrektor przez Urząd Wojewódzki w Katowicach w październiku 1995 r. - Radą ds Ochrony Zdrowia Psychicznego, czy wreszcie uczestnictwo Lekarza Wojewódzkiego lub jego reprezentanta, Specjalisty Wojewódzkiego w konferencjach naukowo-szkoleniowych organizowanych przez szpital, spotkaniach związanych z ważnymi wydarzeniami w szpitalu (otwarcie oddziału dziennego, rehabilitacyjnego, rozpoczęcie specjalizacji z zakresu pielęgniarstwa psychiatrycznego, ochody Międzynarodowego Dnia Zdrowia Psychicznego, podpisanie układu partnerskiego polsko-niemieckiej współpracy Szpitala w Rybniku z Kliniką Psychiatryczną w Bedburg-Hau).

Z udostępnionych kontrolującym protokołów kontroli przeprowadzonych w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Branicach przez Urząd Wojewódzki w Opolu wynika (protokół z dnia 28.06.1995 r.), że przedmiotem jedynej kontroli zrealizowanej przez ten Urząd w 1995 r. były sprawy kadrowe, organizacyjne, przyjmowanie i załatwianie skarg i wniosków, ewidencja i przechowywanie korespondencji poufnej oraz gospodarka mieniem w zakresie wynajmowania pomieszczeń będących w zarządzie szpitala. Dodać jednak należy, że kontrola, obejmująca swoją tematyką m.in. funkcjonowanie ustawy o OZP, została przez Urząd przeprowadzona raz w 1996 r. (marzec). Z protokołu tej kontroli wynika, że skoncentrowała się ona na czysto formalnym odnotowaniu, że w planie szkoleń szpitala w 1995 r. szereg dotyczyło ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, że wszystkie one były odnotowane w zeszycie szkoleń. W protokole tym odnotowano także, że realizacja ustawy o OZP była przedmiotem kontroli konsultanta regionalnego i wojewódzkiego ds psychiatrii w dniu 01.12.1995 r. z wynikiem pozytywnym. Natomiast we wnioskach pokontrolnych, których odnotowano 10 - nie odniesiono się do realizacji ustawy o O.Z.P. Dokonując oceny funkcjonowania nadzoru wojewódzkiego w Oddziale Psychiatrycznym ZOZ

w Brzegu, a więc zakładzie podlegającym nadzorowi UW w Opolu, stwierdzono, że w książce kontroli zakładu nie odnotowano wizytacji Wojewódzkiego Specjalisty ds Psychiatrii. Natomiast zapytany o ocenę funkcjonowania nadzoru - ordynator kontrolowanego Oddziału wyjaśnił, że współpraca z nadzorem specjalistycznym oraz UW w Opolu układa się bez zastrzeżeń i dalej, cyt. „Życzyłbym innym województwom takiej współpracy”. Podobną, bardzo wysoką ocenę sformułował Dyrektor ZOZ stwierdzając, że funkcjonowanie nadzoru UW oraz specjalisty wojewódzkiego ds psychiatrii ocenia jako wzorowe. Wiele spraw załatwianych było - jak wyjaśnił - w trybie operacyjnym, z pominięciem długiej drogi biurokratycznej. Ten sam Dyrektor równie wysoko ocenił współpracę z Pełnomocnikiem Wojewody ds zapobiegania narkomanii oraz Pełnomocnikiem ds rozwiązywania problemów alkoholowych.

Dokonując oceny funkcjonowania nadzoru specjalisty wojewódzkiego ds psychiatrii zwrócono uwagę nie tylko, a może nie przede wszystkim, na sam fakt przeprowadzenia kontroli w poszczególnych szpitalach, ale także na formę kontaktu ze szpitalem (oddziałem), wydane zalecenia pokontrolne, a nadto pomoc samego specjalisty w realizowaniu wniosków pokontrolnych. Analiza sprawozdań z przeprowadzonych kontroli, a także innych dokumentów udostępnionych pracownikom NIK pozwala stwierdzić, że w 1/3 przypadków przeprowadzonych kontroli ograniczały się one do odnotowywania, że nie wnosi się zastrzeżeń do badanej działalności. Szereg kontroli kończył jednak nie tylko opis stanu badanej jednostki, ale także wyraźne wskazówki co do sposobu naprawy stwierdzonych nieprawidłowości.

Konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii w Kielcach w sprawozdaniu ze swojej działalności za rok 1995 podał m.in., że wizytował 6 (z 13) oddziałów Szpitala Psychiatrycznego w Morawicy i że kompleksowe wyniki z tej kontroli przedstawi Dyrektorowi w późniejszym terminie. Wskazał równocześnie, że w świetle wyników kontroli, pilne jest powołanie z-cy dyrektora ds leczenia i poprawienie sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej; stwierdził równocześnie (w niektórych badanych przez siebie przypadkach pacjentów) brak związku między stanem psychicznym przy wstępnym badaniu, rozpoznaniem wstępnym, rozpoznaniem ostatecznym i epikryzą. Zlecił równocześnie ściśle przestrzeganie ustawy o OZP szczególnie w odniesieniu do zawiadamiania sądu o przyjęciu lub wypisie ze szpitala pacjenta przyjętego bez zgody. Ten sam konsultant dokonując oceny psychiatrycznego leczenia ogólnego w woj. kieleckim podał, że poziom diagnostyki i terapii w Wojewódzkim Specjalistycznym Zespole Opieki Neuropsychiatrycznej w Kielcach ocenił jako dobry, poziom prowadzenia dokumentacji - jako bardzo dobry, zaś w Szpitalu w Morawicy, odpowiednio jako dostateczny i dostateczny. W sprawozdaniu tym znalazło się także stwierdzenie, że sytuacja finansowa placówek jest bardzo zła, wręcz krańcowo trudne (mimo maksymalnych oszczędności i wspieraniu

przez istniejące fundacje). Obrazuje ją stan zadłużenia jednostek - Szpitala w Kielcach - na 200.000 zł, a Szpitala w Morawicy - na 900.000 zł.

Ze sprawozdania Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii we Włocławku wynika, że dla prawidłowego funkcjonowania Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lipnie (Oddziały Psychiatryczne I, II i III) konieczne byłoby zatrudnienie psychologów i terapeutów, gdyż jedyny zatrudniony w Lipnie psycholog nie jest w stanie świadczyć wystarczającej ilości usług diagnostycznych i psychoterapeutycznych, co znajduje odzwierciedlenie w dokumentacji lekarskiej. W sprawozdaniu tym znalazło się także stwierdzenie, że :”dokumentacja lekarska prowadzona mało wnikliwie, często brak autoamnezy, opisu stanu klinicznego”.

III. PRZEBIEG POSTĘPOWANIA KONTROLNEGO I DZIAŁAŃ PODJĘTYCH PO ZAKOŃCZENIU KONTROLI

W związku z kontrolą, na podstawie art. 29 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, w 27 przypadkach zasięgnięto informacji w jednostkach nie kontrolowanych.

W celu ustalenia stanu faktycznego, zwłaszcza warunków bytowych w szpitalach (oddziałach) psychiatrycznych, kontrolerzy - na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy o NIK - przeprowadzili 89 oględzin pomieszczeń szpitalnych.

Na podstawie art. 51 ust. 4 ustawy o NIK w jednym przypadku poinformowano kierownika jednostki kontrolowanej o ustaleniach wskazujących na nieprawidłowości w działalności tej jednostki. Poinformowany kierownik jednostki kontrolowanej w toku kontroli podjął działania naprawcze.

Wszystkie protokoły sporządzone w wyniku postępowania kontrolnego zostały podpisane bez zastrzeżeń.

Wyniki kontroli zostały omówione na 19 naradach pokontrolnych oraz przedstawione wraz z ocenami, uwagami i wnioskami w 36 wystąpieniach pokontrolnych skierowanych do kierowników jednostek kontrolowanych, w 7 przypadkach - również do jednostek nadrzędnych, a w dwóch do innych adresatów.

Adresatami wystąpień pokontrolnych poza kierownikami jednostek kontrolowanych byli:

- wojewodowie (5),

- rektorzy akademii medycznych (2),
- rada nadzorcza szpitala (1).

Adresaci wystąpień pokontrolnych nie zgłosili zastrzeżeń do ocen i uwag zawartych w wystąpieniach z wyjątkiem Przewodniczącego Rady Nadzorczej Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu, który złożył zastrzeżenia po upływie 7-dniowego terminu określonego w art. 61 ust. 1 ustawy o NIK i w związku z powyższym odmówiono ich przyjęcia.

Większość wniosków kierowanych pod adresem szpitali psychiatrycznych oraz szpitali ogólnych, w strukturze których funkcjonują oddziały psychiatryczne oraz ich jednostek nadrzędnych dotyczyła zapewnienia przestrzegania ustawowo chronionych praw pacjenta oraz obowiązku realizacji przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego zobowiązujących lekarzy w szczególności do dokumentowania określonych czynności, w tym do prawidłowego prowadzenia dokumentacji związanej ze stosowaniem przymusu bezpośredniego. Inne wnioski obligeowały do likwidacji stwierdzonych w kontrolowanych jednostkach odstępstw od obowiązujących standardów sanitarnych i technicznych, a także podjęcia działań zmierzających do poprawy warunków bytowych oraz poziomu żywienia pacjentów szpitali psychiatrycznych.

W 5 wystąpieniach pokontrolnych, na podstawie art. 60 ust. 3 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz.U. z 1995 r. Nr 13, poz.59 ze zm.), zawarto oceny wskazujące na niezasadność zajmowania stanowisk przez osoby odpowiedzialne za stwierdzone nieprawidłowości w państwowych jednostkach organizacyjnych (w tym 3 kierowników kontrolowanych jednostek).

W związku z uzasadnionym podejrzeniem popełnienia wykroczenia - w dwóch przypadkach - NIK, działając na podstawie art. 63 ust. 1 powołanej wyżej ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli, zawiadomiła organ powołany do ścigania wykroczeń.

Nadesłane do NIK informacje o wykorzystaniu przez jednostki kontrolowane zawartych w wystąpieniach uwag, wskazują na podejmowanie postulowanych działań, leżących w możliwościach tych jednostek.

Dyrektor
Departamentu Zdrowia i Kultury Fizycznej

Dorota SAFJAN

Akceptuję:
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Piotr KOWNACKI

Zatwierdzam:
Prezes
Najwyższej Izby Kontroli

Janusz WOJCIECHOWSKI

1997.10.31