



RPW/101159/2022 P
Data: 2022-11-25

Wojewódzki Szpital Psychiatryczny
im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku



Podmiot Lecznicy Samorządu
Województwa Pomorskiego

L. de. 8726/22

Gdańsk, dnia 21.11.2022r.

Biuro
Rzecznika Praw Obywatelskich
Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur
Al. Solidarności 77
00-090 Warszawa

| | |
|-----------------------------------------------|--------------|
| BIURO RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH | |
| WPL. | 2022 -11- 25 |
| ZAL. | NR |

Dotyczy: pisma z dnia 18 października 2022 r. o znaku KMP.574.4.2022.KK wraz z załączonym do niego Raportem Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. Prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku.

W imieniu Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. Prof. T. Bilikiewicza w Gdańsku (zwanego dalej szpitalem), w odpowiedzi na pismo z dnia 18 października 2022 r. zobowiązujące do ustosunkowania się do zaleceń zawartych w załączonym do niego Raporcie Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji w naszym szpitalu, przedstawiam stanowisko do poszczególnych punktów zaleceń, jak poniżej.

1. Wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora z dnia 04.05.2022r aktualizacja procedury „Zasady przyjmowania pacjentów do Wojewódzkiego Szpital Psychiatrycznego w Gdańsku”, powstała w związku z przeprowadzoną analizą zdarzeń niepożądanych na przestrzeni kilku ostatnich lat. Głównym celem wprowadzonej aktualizacji jest zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi, innym pacjentom oraz personelowi w trakcie przyjmowania pacjentów do szpitala i w trakcie ich hospitalizacji. Zdarzenia niepożądane dotyczyły zarówno zachowań autoagresywnych (samookaleczenia ostrymi przedmiotami, próby zadziergnięcia, zatrucia lekami i substancjami odurzającymi) jak i agresji skierowanej w stosunku do innych osób, w tym z użyciem niebezpiecznych narzędzi i z zagrożeniem bezpieczeństwa powszechnego (zgromadzenie znacznej ilości substancji toksycznej w podręcznym bagażu). Wprowadzone zmiany proceduralne pozostają w zgodzie ze sformułowanym w Raporcie w pkt.6 stwierdzeniem „Jednym z elementów ochrony praw pacjentów weryfikowanym każdorazowo przez KMPT w trakcie wizytacji placówek psychiatrycznych, jest ich bezpieczeństwo, które powinno być traktowane priorytetowo.”
2. Obecnie funkcjonująca instalacja przyzywowa w szpitalu opisana w pkt. 5 „Mocne strony” Raportu ma na celu poprawę warunków ochrony zdrowia i życia **Pacjentów** i Personelu WSP. System pozwala w szybki i prosty sposób wezwać pomoc zespołu interwencyjnego z Izby Przyjęć, gdy tylko pojawi się zagrożenie życia lub zdrowia **pacjentów** i/lub personelu.



- Jednocześnie deklarujemy rozważenie możliwości rozszerzenia instalacji przyzywowej dostępnej bezpośrednio dla pacjentów.
3. W zakresie zastosowania wobec pacjenta przymusu bezpośredniego nasi pracownicy są wyczuleni na to, iż jest to środek ostateczny. Podczas jego stosowania personel dba o zachowanie godności pacjenta oraz zapewnia jego intymność. Zasady postępowania w tym zakresie opisane są szczegółowo w procedurze „Sposób stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny prawidłowości jego zastosowania” w pkt. 5.7. Stwierdzone w Raporcie nieprawidłowości w wyżej opisanym zakresie zostały omówione podczas spotkań z personelem medycznym. Wymieniona procedura w pkt. 5.18, zawiera również wskazanie o konieczności poinformowania ordynatora/ lekarza kierującego oddziałem, zaś w przypadku nieobecności ordynatora oddziału/ lekarza kierującego oddziałem w dni wolne od pracy, weekendy, święta - lekarza dyżurnego Izby Przyjęć. Stwierdzone w raporcie nieprawidłowości o braku wpisów w dokumentacji medycznej w tym zakresie zostały omówione podczas odpraw lekarskich. Zgodnie z art. 18c Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, personel szpitala stosujący środki przymusu bezpośredniego jest poinstruowany w zakresie okoliczności, zasad i sposobu stosowania środków przymusu. Poinstruowanie odbywa się bezpośrednio przy zatrudnianiu pracownika w danej komórce organizacyjnej przez bezpośredniego przełożonego. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości w tym zakresie istnieje również możliwość konsultacji z bezpośrednim przełożonym. Dodatkowo, okresowo prowadzone są również szkolenia specjalistyczne z technik stosowania unieruchomienia.
 4. Generalną zasadą obowiązującą w szpitalu jest niezwłoczne przekazywanie pism/skarg pacjentów do wybranych przez nich adresatów. Stwierdzone nieprawidłowości w tym zakresie miały charakter incydentalny. Po uzyskaniu informacji o tego typu nieprawidłowościach, zostały one omówione na spotkaniach z personelem medycznym szpitala.
 5. W szpitalu umożliwia się korzystanie ze spacerów wszystkim pacjentom, których stan zdrowia fizycznego i psychicznego na to pozwala. Motywowanie pacjentów do udziału w zajęciach gimnastycznych prowadzonych w oddziale, jest pierwszą próbą zachęcenia pacjentów do podjęcia aktywności fizycznej. Dodatkowo, ta forma terapii pozwala ocenić możliwości fizyczne oraz możliwości współpracy pacjenta w grupie, a dodatkowo odbywa się pod nadzorem terapeuty zajęciowego, który równocześnie nadzoruje wyjścia pacjentów na teren szpitala.
 6. Liczba zatrudnionych psychologów w oddziałach szpitalnych jest zgodna z wymogami NFZ, który finansuje świadczenia związane z hospitalizacją pacjentów. Jednocześnie szpital czyni starania, aby wykorzystać każdą możliwość uzyskania dodatkowego wsparcia psychologicznego dla pacjentów w oparciu o wolontariat, staże studenckie i zawodowe, czy finansowanie tego typu usług z innych źródeł niż NFZ. Dodatkowo należy podkreślić, że w



jednym z oddziałów psychiatrycznych (20B), ukierunkowanym na leczenia zaburzeń afektywnych zatrudnieni są na stałe dodatkowi psychologowie.

7. „Plany dnia” dostępne są w każdym z oddziałów, na tablicach informacyjnych zawieszonych w głównych ciągach komunikacyjnych oddziałów. Uwzględniając zalecenia zawarte w Raporcie zmienimy ich nazwę na Plany terapeutyczne.
8. /15. Planowane konsultacje lekarskie dokumentowane są w dokumentacji lekarskiej. Niemożliwe jest odnotowywanie ich w karcie badań i potwierdzanie podpisem przez personel pielęgniarski po odbyciu się takiej konsultacji. Wynika to z faktu, że pielęgniarka może potwierdzić swoim podpisem jedynie osobiste wykonanie zlecenia.
9. Szpital posiada ważne, regularnie odnawiane liczne umowy z placówkami udzielającymi zewnętrznych świadczeń medycznych w zakresie konsultacji lekarskich oraz badań diagnostycznych. Wykaz takich świadczeniodawców z jednoznacznie wskazanymi możliwościami rejestracji pacjentów znajduje się w każdym oddziale oraz Izbie Przyjęć szpitala. Możliwość korzystania z tego typu świadczeń jest nieograniczona i w rzeczywistości stosowana, co znajduje potwierdzenie w realizowanych przez szpital płatnościach.
10. W zakresie przewozów sanitarnych realizowanych przez przewoźników zewnętrznych istnieją dwie formy świadczonych usług. Pierwsza z nich nazywana jest „Transportem międzyszpitalnym”, dotyczy przewozów pacjentów WSP w stanach nagłego zagrożenia zdrowia i życia do innych pomiotów leczniczych i finansowana jest bezpośrednio przez NFZ. W tym zakresie szpital nie ma bezpośredniego wpływu na zawartą przez NFZ umowę z firmą udzielającą takiego transportu. Rzeczywiście zdarzają się sytuacje, w których oczekiwanie na przybycie transportu jest wydłużone. Należy jednak podkreślić, że w okresie ostatniego roku zdarzenia takie miały charakter incydentalny. Stwierdzone wcześniej opóźnienia związane były głównie z sytuacją epidemiczną wynikającą z pandemii COVID-19 („Transport międzyszpitalny” realizował również przewozy pacjentów zakażonych SARS-CoV-2). Druga możliwość transportu dotyczy przewozów pacjentów w stabilnym stanie somatycznym i może być realizowana własną karetką (patrz pkt 11) lub w oparciu o zawartą przez szpital umowę z firmą udzielającą takiego transportu.
11. Czas pracy karetki szpitalnej wynosi 7 godzin dziennie i realizowany jest przez dwóch kierowców. Dodatkowo istnieje możliwość transportu w razie potrzeby w godzinach wieczornych, nocnych i świątecznych.
12. W odniesieniu do tematyki usprawnienia i standaryzacji dokumentowania obrażeń u pacjenta przystąpimy do analizy doświadczeń w szpitalach psychiatrycznych i korzystając z Państwa zaleceń ustalimy wzorzec postępowania.



13. Aktualnie w zakresie dokumentowania przebiegu procesu terapii zajęciowej obowiązuje „Karta terapii zajęciowej” zakładana dla każdego pacjenta. Proces terapii prowadzonej przez psychologów dokumentowany jest we wkładce do Historii choroby każdego pacjenta.
14. Indywidualna karta zleceń jest integralną częścią dokumentacji medycznej. Każdorazowo odnotowuje się tam zlecenia i wykonanie zlecenia podania pacjentowi leków w określonej postaci, dawce i czasie. Jednocześnie istotna jest sugestia zawarta w Raporcie, dotycząca konieczności dodatkowej adnotacji w obserwacjach lekarskich wszelkich zmian w zakresie odstąpienia od podania leku, zmiany podanej dawki, czy zastosowania leku doraźnego z jednoczesnym określeniem przyczyny takiego stanu rzeczy. Dodatkowo należy podkreślić, że w trakcie audytów dokumentacji medycznej poszczególnych oddziałów podobne sytuacje podlegają analizie i omówieniu z personelem lekarskim.
15. Odpowiedź w pkt. 8.
16. W zakresie dostępności tłumaczeń Regulaminów oraz Praw i Obowiązków w obcych językach będziemy czynić starania aby zapewnić taką możliwość w szpitalu.
17. Zwiększenie środków finansowych na terapię zajęciową jest przedmiotem troski Dyrekcji szpitala i zostanie uwzględnione podczas ustalania planu finansowego na rok 2023.
18. Państwa zalecenia i nasze plany co do zapewnienia pacjentom w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy dostępu do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną są zbieżne. Od kilku miesięcy prowadzone są rozmowy z grupą zawodową Terapeutów zajęciowych na temat możliwości zmiany organizacji czasu ich pracy, co pozwoliłoby na poszerzenie oferty terapeutycznej dla pacjentów.
19. Rejestr skarg pacjentów prowadzony jest przez Asystentkę Zarządu, dostępny jest w Sekretariacie szpitala. Takie usytuowanie, w naszej ocenie, pozwala na systematyczne i nieprzerwane analizowanie poszczególnych spraw, jak i statystyki w tym zakresie, a także na analizę co do potrzeby zmian w funkcjonowaniu szpitala.
20. Rozważania dotyczące zasadności zastosowania krat w oknach wybranych pomieszczeń i budynków są sukcesywnie weryfikowane. Zapoznajemy się z informacjami Ministerstwa Zdrowia, konsultantów krajowych i wojewódzkich, specjalistów opracowujących standardy postępowania i zasady bezpieczeństwa. Zdajemy sobie sprawę z obowiązku zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom u nas przebywającym w kontekście poszanowania ich wolności i praw, jednak równocześnie przy uwzględnieniu częstotliwości podejmowania przez nich prób samobójczych i zmienności stanu psychicznego w trakcie terapii. Jesteśmy otwarci na współpracę ze specjalistami ustalającymi standardy postępowania w lecznictwie psychiatrycznym.



21. Punkty te są dla nas elementem planu na rok 2023, w którym zamierzamy przeszkolić nasz personel we wskazanym zakresie.
22. Punkt ten jest dla nas elementem planu na rok 2023, w którym zamierzamy przeszkolić nasz personel we wskazanym zakresie.
23. Superwizja zapewniona jest w zakresie świadczeń, w których jest wymagana przez płatnika świadczeń. Jest prowadzona w Oddziale Dziecięco - Młodzieżowym, Oddziale Dziennym i prowadzonych przez szpital Poradniach.
24. Odnośnie zapytania KMPT na temat praktyki wysłuchania pacjentów przez Sąd informuję, że od początku ogłoszenia stanu pandemii COVID-19 do dnia dzisiejszego nie odbywa się osobiste wysłuchanie pacjentów w szpitalu. Kontakt Sędziego z pacjentami odbywa się jedynie telefonicznie.

dr n. ekon. Mariusz Kaszubowski

Mariusz Kaszubowski
Dyrektor

Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego
im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku