

Porozumienie nr **POWR.05.02.00-00-0005/20-00/3858/2021/52**

Tytuł Projektu: **Po pierwsze pacjent – działania Rzecznika Praw Pacjenta na rzecz poprawy jakości usług zdrowotnych**
Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Standardy przestrzegania praw pacjenta w leczeniu szpitalnym - procedury i dobre praktyki

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta



Rzeczpospolita
Polska



Rzecznik Praw Pacjenta

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



www.gov.pl/rpp

Szanowni Państwo,

oddajemy w Państwa ręce opracowanie, które dotyczy przestrzegania praw pacjenta w podmiocie leczniczym. Jest to część projektu współfinansowanego ze środków unijnych „Po pierwsze pacjent – działania Rzecznika Praw Pacjenta na rzecz poprawy jakości usług zdrowotnych”.

Celem publikacji jest wprowadzenie w podmiotach dobrych praktyk, które mają za zadanie poprawę bezpieczeństwa pacjenta podczas udzielanych świadczeń zdrowotnych. a w konsekwencji zwiększenie poziomu przestrzegania praw pacjenta. Poradnik będzie stanowił pomocnicze narzędzie do samokontroli w podmiocie leczniczym w zakresie przestrzegania praw pacjenta. W ramach opracowania przygotowaliśmy listę kontrolną, która będzie wsparciem dla kadry zarządzającej w przeciwdziałaniu wystąpienia sytuacji niepożądanych. Mamy nadzieję, że korzystanie z tej listy wpłynie na podniesienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w zakresie praw pacjenta.

Dynamiczny rozwój systemu ochrony zdrowia zmieniał sytuację pacjenta. Przez wiele lat nie było w Polsce dokumentu ujmującego prawa pacjenta w jednym akcie, a były one rozproszone w wielu przepisach prawnych. Dopiero przyjęcie ustawy o prawach
pacjenta
i Rzeczniku Praw Pacjenta pozwoliło na wsparcie pacjentów i ich rodzin.

Podręcznik pozwoli Państwu zapoznać się, z poszczególnymi prawami pacjenta, zasadami udzielania świadczeń zdrowotnych, a także z przykładami dobrych praktyk, których przestrzeganie ma zapewnić odpowiednie poszanowanie praw pacjenta.

Mam nadzieję, że niniejsze opracowanie pomoże Państwu lepiej zrozumieć prawa pacjenta co wpłynie na poprawę jakości usług zdrowotnych udzielanych w Państwa placówce.



Rzecznik Praw Pacjenta

I. PRAWA PACJENTA

W organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi podmioty lecznicze powinny kierować się bezpieczeństwem pacjenta – w centrum uwagi stoi pacjent, którego dobro powinno być najwyższym prawem (*salus aegroti suprema lex*). Podmiot leczniczy powinien gwarantować wysokie standardy udzielania świadczeń zdrowotnych, przejawiające się w zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa pacjentom i ich rodzinom poprzez przestrzeganie ich praw.

Prawa pacjenta powinny być spisane i łatwo dostępne. Natomiast personel medyczny na życzenie pacjenta udziela mu właściwych wyjaśnień na temat przysługujących mu praw. Każdy pacjent ma prawo do ochrony zdrowia oraz osiągnięcia jak najlepszego poziomu świadczeń zdrowotnych.

PRAWA PACJENTA	KRYTERIA	DOBRE PRAKTYKI/ STANDARDY POSTĘPOWANIA
Prawo do świadczeń zdrowotnych (rozdział 2 upp)	- zgodnie z aktualną wiedzą medyczną - z dołożeniem należytej staranności - w stanie nagłego zagrożenia zdrowia, bez zbędnej zwłoki - w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń - do zasięgnięcia opinii innego lekarza/konsylium	- kompleksowa ocena stanu zdrowia pacjenta - pogłębianie wiedzy personelu medycznego poprzez system szkoleń, bieżące zapoznawanie się ze standardami publikowanymi przez towarzystwa medyczne - traktowanie pacjenta jako równoprawnego z lekarzem uczestnika udzielania świadczeń zdrowotnych - podnoszenie kwalifikacji zawodowych osób udzielających świadczeń zdrowotnych - bieżąca weryfikacja prowadzonych list oczekujących, niezwłoczne informowanie pacjentów dostępnymi środkami o możliwości wcześniejszego udzielenia świadczenia
Prawo pacjenta	- do informacji o zakresie	- pacjent ma prawo do informacji

do informacji (rozdział 3 upp)	udzielanych świadczeń zdrowotnych - do dostatecznie wczesnej informacji o przyczynach odstąpienia od leczenia - do przystępnej informacji o stanie zdrowia oraz stosowanych metodach diagnostyczno-leczniczych - upoważnienie innych osób do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta - prawo do nieprzekazywania informacji w sytuacji, gdy pacjent sobie tego życzy	o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot. Pacjent będący osobą ze szczególnymi potrzebami, ma prawo do otrzymania informacji, o których mowa, w sposób dla niego zrozumiały w szczególności z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się - wywieszenie informacji o prawach pacjenta w miejscach widocznych i ogólnodostępnych (dbanie o bieżącą ich aktualizację) - odstąpienie od leczenia powinno być przekazane pacjentowi również ustnie (adnotacja w dokumentacji medycznej w formie oświadczenia podpisanego przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego – umożliwi to kontrolę zasadności odmowy leczenia) - odstąpienie od leczenia pacjenta może nastąpić pod warunkiem, że zwłoka w udzieleniu pomocy medycznej nie spowoduje niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Informacja powinna być przekazana dostatecznie wcześnie, aby pacjent mógł uzyskać pomoc u innego lekarza - informacje przekazywane pacjentowi powinny być sformułowane w sposób jasny oraz zrozumiały, a także powinny być przystępne i wyczerpujące - lekarz powinien przekazać informacje o rozpoznaniu, proponowanych i możliwych metodach
---	---	---

		diagnostycznych i leczniczych oraz dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, jak również o wynikach leczenia i rokowaniu - lekarz powinien poinformować pacjenta, że może nie przekazywać mu informacji o jego stanie zdrowia - po udzieleniu informacji należy, potwierdzić czy pacjent zrozumiał przekazywane mu informacje oraz czy posiada dodatkowe pytania - jeśli pacjent upoważnił więcej niż jedną osobę do uzyskania informacji o jego stanie zdrowia lub też posiada więcej niż jednego ustawowego przedstawiciela, osoba wykonująca zawód medyczny powinna udzielać wyczerpujących informacji o stanie zdrowia tego pacjenta każdej z tych osób - pacjent (przedstawiciel ustawowy, osoba upoważniona) może umówić się z lekarzem, że będzie zwracał się o udzielenie informacji na temat stanu zdrowia pacjenta np. drogą telefoniczną, zaś celem umożliwienia identyfikacji osoby dzwoniącej zostanie wcześniej ustalone hasło (kod).¹
--	--	---

¹ Przykład „dobrej praktyki” realizacji prawa pacjenta do informacji w szpitalu.

(<https://www.gov.pl/web/rpp/partnerska-komunikacja-lekarza-z-pacjentem>)

Pacjentka hospitalizowana w szpitalu. Przebywa wraz z innymi pacjentami na jednej sali. Jest jednak osobą poruszającą się samodzielnie. Podczas codziennych obchodów lekarze rozmawiają między sobą o jej chorobie, badaniach zaleceniach. Pacjentka wygląda na zestresowaną, zdenerwowaną. Nie wie co się dzieje, jaka jest diagnoza, kiedy wyjdzie ze szpitala. W pewnym momencie lekarz prowadzący zadaje pytanie:

– Czy Pani rozumie o czym mówimy? Czy chciałaby Pani uzyskać informacje o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu? Ma Pani do tego prawo. Proszę przyjść do pokoju lekarskiego o godz. 13.00. Znajdę dla Pani czas abyśmy mogli porozmawiać o Pani chorobie. Udzielę wszystkich informacji. Jeśli Pani woli warto porozmawiać z kimś bliskim i przyjść do mnie razem z tą

Prawo pacjenta do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych (rozdział 3a upp)	- pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, lub opiekun faktyczny ma prawo zgłaszania osobom wykonującym zawód medyczny, Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu działania niepożądanego produktu leczniczego	- umożliwienie zgłoszenia lekarzowi niepożądanych działań produktów leczniczych
Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych (rozdział 4 upp)	- osoby wykonujące zawód medyczny zobowiązane są do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych	- nieudzielanie informacji osobom nie upoważnionym do otrzymywania informacji o stanie zdrowia pacjenta - nieprzekazywanie informacji o pacjentach w prywatnych rozmowach nie mających związku z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi - ustalenie wykazu sytuacji, kiedy następuje możliwość przekazania informacji o stanie zdrowia pacjenta
Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych (rozdział 5 upp)	- pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu Informacji na temat stanu swojego zdrowia. - prawo pacjenta na wyrażenie zgody na przeprowadzenie badania	- przekazanie przystępnej informacji przed wyrażeniem zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego - lekarz powinien przekazać pacjentowi, jakiemu świadczeniu zdrowotnemu zostanie poddany, jakie są jego korzyści i ryzyko w przypadku jego wykonania oraz zaniechania - lekarz musi uzyskać zgodę pacjenta przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego - w przypadku pacjenta, który

osobą. Jeśli nie chce Pani uzyskać informacji, ma Pani również do tego prawo, proszę nas o tym poinformować. Będę na Panią czekał.

		ukończył 16 lat wymagana jest jego zgoda oraz zgoda przedstawiciela ustawowego; w sytuacji rozbieżności opinii pacjenta i jego przedstawiciela, decyzje podejmuje sąd opiekuńczy. Analogicznie sytuacja wygląda w sytuacji osób ubezwłasnowolnionych częściowo - przygotowanie formularzy zgody w przypadku świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko ich stosowania - przygotowanie indywidualnych formularzy uwzględniających konkretne świadczenia zdrowotne - informowanie o możliwych powikłaniach - jeżeli pacjent jest niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, lekarzowi nie wolno informować rodziny, że działania medyczne zostaną podjęte po ubezwłasnowolnieniu pacjenta, wyznaczeniu opiekuna i wyrażeniu zgody przez przedstawiciela; obowiązkiem lekarza jest, nie czekając na ewentualne rozpoczęcie procedury sądowej w sprawach o ubezwłasnowolnienie, wystąpienie osobiście do sądu opiekuńczego o zezwolenie na podjęcie określonych działań medycznych - odebranie zgody od opiekuna faktycznego na badanie pacjenta małoletniego (np. od babci, cioci, opiekunki itp.)
Prawo do poszanowania intymności	- do poszanowania intymności i godności	- poszanowanie intymności poprzez zapewnienie poufności i ochrony

i godności (rozdział 6 upp)	pacjenta, - prawo do leczenia bólu² - prawo do obecności osoby bliskiej w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych - prawo do umierania w spokoju i godności	prywatności w trakcie procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, ale również podczas rozmowy - lekarz nie powinien omawiać z pacjentem jego dolegliwości i zadawać intymnych pytań w obecności innych pacjentów - przyjmowanie pacjentów pojedynczo - zapewnienie pacjentowi możliwości przygotowania się do badania - uniemożliwienie uczestnictwa, nawet przypadkiem, osobom postronnym, w szczególności innym pacjentom - w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych obecne powinny być tylko te osoby, które są niezbędne ze względu na rodzaj udzielanego świadczenia. - obecność innych osób podczas badania - personel medyczny wykonujący świadczenie zdrowotne powinien wyjaśnić pacjentowi dlaczego podczas badania będą uczestniczyły również inne osoby np. studenci <i>„Jest z nami również student medycyny. W ten sposób uczy się jak prawidłowo wykonać to badanie. Czy wyraża Pan/Pani zgodę na jego udział w badaniu?”</i> - w gabinetach powinny być zapewnione parawany umożliwiające zachowanie intymności - personel medyczny powinien zwracać się do pacjenta w sposób
--	--	--

² Obowiązkiem podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych jest podejmowanie działań polegających na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia.

		kulturalny i z szacunkiem, okazując cierpliwość i wyrozumiałość - personel medyczny powinien przekazywać informacje w sposób jasny i zrozumiały - obecność osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych na życzenie pacjenta (w przypadku braku możliwości poinformowanie o przyczynach odmowy i odnotowaniu tego faktu w dokumentacji medycznej) - wydzielenie pokoju odwiedzin – stworzenie miejsca, w którym pacjenci będą mogli spotkać się z osobami bliskimi podczas odwiedzin, pozwala na zachowanie ich prywatności - przekazanie informacji rodzinie pacjenta, że ich bliski umiera – lekarz powinien poinformować rodzinę pacjenta, że ich bliski umiera i zapytać czy osoby te chcą się pożegnać i pobyć w tych ostatnich chwilach z pacjentem. Jeśli rodzina wyraża zgodę, lekarz powinien zwrócić się do personelu medycznego, aby zamknąć drzwi i umożliwić osobom bliskim czuwanie nad pacjentem. W przypadku przebywania na sali innych pacjentów, powinien zapewnić intymność i godność poprzez ustawienie parawanów - pacjent ma prawo do leczenia bólu na każdym etapie udzielania świadczeń zdrowotnych - personel medyczny powinien prowadzić systematyczny monitoring natężeń bólu, znajdujące odzwierciedlenie w prowadzonej
--	--	---

		dokumentacji medycznej - metody monitorowania bólu: a) VAS (Visual Analogue Scale), czyli Wizualna Skala Analogowa; umożliwia pacjentowi sprecyzowanie poziomu bólu w skali od 0 do 10, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, a 10 maksymalny, możliwy do wyobrażenia. Badanie powtarzane cyklicznie umożliwia ocenę skuteczności leczenia przeciwbólowego. W dokumentacji medycznej skala ta bardzo często przybiera postać linijki z odpowiednimi oznaczeniami b) Skala Słowna (VRS - Verbal Rating Scale) umożliwiającą opisową ocenę bólu. Choremu przedstawia się szereg kolejno ustawionych cyfr z przypisanymi do nich określeniami natężenia bólu. Najczęściej stosuje się pięciostopniową skalę psychometryczną Likerta c) Skala Laitinena; pacjenci mają możliwość oceny czterech wskaźników: nasilenia bólu; częstotliwości jego występowania bólu; częstotliwości zażywania środków przeciwbólowych; ograniczenia aktywności ruchowej. Każdemu ze wskaźników przypisuje się punkty od 0 do 4, gdzie 0 oznacza brak problemu, a 4 maksymalny problem.
Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej (rozdział 7 upp)	- pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych - zapewnienie ochrony danych zawartych w dokumentacji	- dokumentacja medyczna stanowi odwzorowanie procesu udzielania świadczeń zdrowotnych - ochrona przed nieuprawnionym dostępem osób postronnych, zniszczeniem wytworzonej dokumentacji medycznej - weryfikacja katalogu osób uprawnionych do dostępu do

	medycznej - udostępnianie dokumentacji medycznej pacjentowi, przedstawicielom ustawowym oraz osobom upoważnionym	dokumentacji medycznej
Prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii lub orzeczenia lekarza (rozdział 8 upp)	- zarówno pacjent, jak i jego przedstawiciel ustawowy może wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia lekarza³, jeżeli ma ono wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa⁴	- wydanie opinii lub orzeczenia przez lekarza o stanie zdrowia pacjenta
Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego (rozdział 9 upp)	- prawo do kontaktu osobistego z innymi osobami - prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej	- do decyzji pacjenta, a nie personelu medycznego pozostaje wyrażenie z jakimi osobami i w jakiej formie chce się kontaktować - pacjent ma prawo odmowy kontaktowania się z określonymi osobami <i>WAŻNE! Kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku prawa do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami, także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu. Prawa pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia</i>

³ Opinia, jak i orzeczenie zostały określone w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

⁴ <https://www.gov.pl/web/rpp/sprzeciw-wobec-opiniiiorzeczenia-lekarza>

		<i>epidemicznego mogą zostać ograniczona, a nie całkowicie zniesione.</i> <i>Ministerstwo Zdrowia i Główny Inspektorat Sanitarny wydali rekomendacje⁵ dla szpitali w sprawie odwiedzin w związku z postępowaniem realizacji narodowego programu szczepień. Zgodnie z powyższą rekomendacją - organizacja odwiedzin dorosłych pacjentów przebywających na oddziałach szpitalnych powinna odbywać się z uwzględnieniem warunków wskazanych w wytycznych⁶.</i> - przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną, rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad pacjentem małoletnim albo posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną sprawowaną nad pacjentem małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, rozumie się również prawo do pobytu wraz z nim przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego - opłaty jakie może pobrać szpital powinny uwzględniać rzeczywiste koszty, nie powinny być wygórowane
--	--	--

⁵ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rekomendacje-ministerstwa-zdrowia-i-glownegoinspektoratu-sanitarnego-dotyczace-odwiedzin-w-szpitalach-w-zwiazku-z-postepem-realizacjinarodowego-programu-szczepien>

⁶<https://www.gov.pl/web/zdrowie/rekomendacje-ministerstwa-zdrowia-i-glownego-inspektoratu-sanitarnego-dotyczace-odwiedzin-w-szpitalach-w-zwiazku-z-postepem-realizacji-narodowego-programu-szczepien>

		-informacja o wysokości opłaty oraz sposobie jej ustalenia jest jawna i podlega udostępnieniu w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych
Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej (rozdział 10 upp)	- pacjentowi przebywającemu w szpitalu przysługuje prawo do opieki duszpasterskiej	- zapewnienie na życzenie pacjenta duchownego jego wyznania zwłaszcza w przypadku pogorszenia jego stanu zdrowia - umożliwienie pacjentowi uczestnictwa w obrzędach religijnych organizowanych w szpitalu, przyjmowania sakramentów, a w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia powodującego odczucie zagrożenie życia pacjent ma prawo, aby szpital niezwłocznie zawiadomił duchownego wyznawanej przez niego religii i umożliwił z nim kontakt - nie można ograniczać pacjentowi swobody religijnej i praktyk religijnych, chyba że mają one wpływ na zdrowienie pacjenta, dezorganizują pracę oddziału lub są prawnie zakazane - pacjent ma prawo otrzymać informację, jakiego wyznania kapelani pracują w szpitalu, jak się z nimi skontaktować, o których godzinach odbywają się nabożeństwa - jeżeli w szpitalu nie ma duszpasterza wyznawanej przez pacjenta religii, ma prawo wiedzieć, kto będzie odpowiedzialny za umożliwienie mu z nim kontaktu - podpisanie przez podmiot leczniczy porozumienia z duchownymi różnych wyznań

Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie (rozdział 11 upp)	- przechowywanie rzeczy wartościowych pacjenta w depozycie	- wyznaczenie osoby odpowiedzialnej za przyjęcie depozytu (wskazanie osoby na zastępstwo w przypadku nieobecności tej osoby lub poza godzinami jej pracy) - opracowanie procedury przekazywania rzeczy wartościowych w przypadku przyjęcia pacjenta nieprzytomnego lub pogorszenia jego stanu zdrowia podczas hospitalizacji - opracowanie zasad wydawania rzeczy z depozytu, w tym w przypadku przeniesienia pacjenta do innej placówki lub jego zgonu - w przypadku pacjentów nieprzytomnych: a) gdy pacjent jest nieprzytomny lub niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, osoba z personelu medycznego niezwłocznie przyjmuje rzeczy wartościowe do depozytu; oryginał karty depozytowej przechowuje się wraz z przedmiotami oddanymi do depozytu b) niezwłocznie po ustaniu ww. okoliczności, zawiadamia się pacjenta o złożeniu jego rzeczy wartościowych do depozytu; w przypadku wyrażenia woli dalszego przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie, pacjent składa podpis na karcie depozytowej wraz z aktualną datą c) w przypadku trwania ww. okoliczności, przez okres dłuższy niż 24 godziny od czasu przyjęcia pacjenta do zakładu, kierownik zakładu albo osoba przez niego upoważniona informuje o przyjęciu rzeczy wartościowych do depozytu małżonka, wstępnych, zstępnych lub rodzeństwo pacjenta, a także inne osoby uprawnione, na
--	---	---

		podstawie odrębnych przepisów, do dysponowania ruchomościami pacjenta
--	--	---

II. PACJENT MAŁOLETNI

System ochrony zdrowia wymaga objęcia przez osoby wykonujące zawód medyczny szczególną uwagą pacjentów małoletnich. Pacjent, który ukończył 18. rok życia jest pełnoletni i ma w pełni prawo do samodzielnego decydowania o sobie. Leczenie pacjenta pełnoletniego na żądanie jego rodziców jest niedopuszczalne.

Pacjent, który nie ukończył 18. roku życia jest małoletni i nie posiada pełnego prawa do samodzielnego podejmowania decyzji dotyczących jego leczenia. Pacjenci poniżej 16 roku życia nie mają prawa do decydowania o swoim stanie zdrowia.

W przypadku osób małoletnich przedstawiciel ustawowy (rodzic, opiekun) ma obowiązek wysłuchania dziecka i uwzględnienia w miarę możliwości jego zdania w procesie diagnostyczno-leczniczym. Pacjent do ukończenia 16. roku życia ma prawo do uzyskania od lekarza informacji w formie i tylko w zakresie niezbędnym do prawidłowego udzielenia świadczenia. Przekazywane informacje muszą być dostosowane do poziomu zrozumienia przez pacjenta.

Pacjenci małoletni w wieku 16-18 lat, mają prawo do współdecydowania o swoim zdrowiu, a ich leczenie wymaga zgody kumulatywnej, tj. pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego. Jest to sytuacja, w której konieczne jest uzyskanie podwójnej zgody. Zgoda powinna być uzyskana w formie pisemnej, a jej formularz musi zawierać wszystkie elementy wymagane u osoby dorosłej. Jeżeli małoletni sprzeciwia się leczeniu, na które zgodę wyrazili przedstawiciele ustawowi, to do podjęcia leczenia wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego. Zgoda sądu wymagana jest również w sytuacji odwrotnej.

Z kolei jeżeli pacjent jest osobą:

- całkowicie ubezwłasnowolnioną,
- z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznanie

zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego udziela przedstawiciel ustawowy pacjenta, zaś sam pacjent może wyrazić jedynie sprzeciw na podjęcie takich działań medycznych. W sytuacji, gdy przedstawiciel ustawowy wyrazi zgodę na udzielenie świadczeń zdrowotnych, zaś pacjent sprzeciwi się udzieleniu świadczeń zdrowotnych, konieczne będzie uzyskanie zgody sądu opiekuńczego.

W zakresie tego prawa mogą jednak wystąpić wyjątki w przypadkach, gdy:

1. Pacjent wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej. Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym.
2. Zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Decyzję lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem i wszystko odnotować w dokumentacji medycznej. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.
3. Jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody.

Lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O ww. okolicznościach lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej oraz informuje pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy.

III. KOLEJKI OCZEKUJĄCYCH

Świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia, w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej i priorytetów klinicznych, określonych przez kategorię medyczną. Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi. Świadczeniodawca wpisuje świadczeniobiorcę na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, jeżeli świadczenie nie może zostać udzielone w dniu zgłoszenia. Świadczeniobiorcę wpisuje się na listę oczekujących po stwierdzeniu, że posiada wymagane skierowanie na świadczenie danego rodzaju. Skierowania z brakami, pozbawione części istotnych danych, nie mogą być przyczyną nie wpisania na listę oczekujących. Świadczeniobiorcy nie powinni być dyskryminowani z powodu niekompletności skierowań. Należy wystąpić do pacjenta o uzupełnienie danych lub uzyskać je od lekarza kierującego.

Głównym celem prowadzenia list oczekujących jest zapewnienie równego traktowania wszystkich świadczeniobiorców, w tym sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Celami szczegółowymi prowadzenia list oczekujących są:

- monitorowanie okresu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej;
- poprawa dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej;
- prosta, rzetelna i dokładna informacja dla świadczeniobiorców;
- przeciwdziałanie korupcji;
- uzyskanie informacji dla określania zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej.

Prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej mają:

- kobiety w ciąży⁷;
- świadczeniobiorcy, o których mowa w art. 47 ust. 1a⁸;

⁷ art. 47c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285).

- świadczeniobiorcy, o których mowa w art. 47 ust. 1b⁹;
- osoby, o których mowa w art. 43 ust. 1 (tj. „Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi”, „Zasłużeni Dawcy Przeszczepu” oraz osoby posiadające tytuł „Dawcy Przeszczepu”¹⁰);
- inwalidzi wojenni i wojskowi;
- żołnierze zastępczej służby wojskowej;
- cywilne niewidome ofiary działań wojennych;
- kombatancki;
- działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych;
- osoby deportowane do pracy przymusowej;

⁸ art. 47 ust 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285) „Świadczeniobiorcom do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, na podstawie zaświadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, pediatrii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej, przysługuje prawo do wyrobów medycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy

o refundacji, na zlecenie osoby uprawnionej, o której mowa w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji, do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych określonego w tych przepisach, według wskazań medycznych bez uwzględnienia okresów użytkowania. O ilości miesięcznego zaopatrzenia w te wyroby decyduje każdorazowo osoba uprawniona do wystawienia zlecenia, o której mowa w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.”

⁹ art. 47 ust 1b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285) „Prawo do wyrobów medycznych, na zasadach, o których mowa w ust. 1a, przysługuje również świadczeniobiorcom posiadającym orzeczenie:

- 1) o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- 2) o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.”

¹⁰ zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia z dnia 31 stycznia 2017 r. „Dawcy Przeszczepu” mają podobne uprawnienia jak osoby posiadające tytuł „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” tj. posiadają uprawnienia do korzystania z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej poza kolejnością (zgodnie z ustawą z dnia 1 lipca 2005 r. o pobraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2020 r. poz. 2134). Fakt nieujęcia „Dawców Przeszczepów” w przepisach art. 47c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285) nie pozbawia ich tego uprawnienia.

- uprawnieni żołnierze lub pracownicy, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
- weterani poszkodowani, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%.

Na listach oczekujących umieszczani są świadczeniobiorcy zaliczani do kategorii medycznych: przypadek pilny oraz przypadek stabilny. Określona dla świadczeniobiorcy kategoria medyczna ma wpływ na termin realizacji świadczenia opieki zdrowotnej. Umieszczenie świadczeniobiorcy na liście oczekujących, z wyjątkiem świadczeniobiorcy znajdującego się w stanie nagłym oraz świadczeniobiorcy mającego prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością (świadczeniobiorcy wymienieni w art. 47c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), następuje zgodnie z poniższymi kryteriami medycznymi opartymi na aktualnej wiedzy medycznej:

- stanem zdrowia świadczeniobiorcy;
- rokowaniami co do dalszego przebiegu choroby;
- chorobami współistniejącymi mającymi wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie;
- zagrożeniem wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.

Realizując ustawowy obowiązek informowania świadczeniobiorcy o terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej oraz uzasadnienia przyczyny wyboru tego terminu, świadczeniodawca może na skierowaniu odnotować datę udzielenia świadczenia, rodzaj/nazwę listy oczekujących wraz z numerem kolejnym na liście oraz datę dokonania wpisu na listę. Adnotacje należy potwierdzić pieczęcią świadczeniodawcy oraz podpisem i ewentualnie pieczęcią osoby potwierdzającej wpisanie świadczeniobiorcy na listę.

Zmiany terminu udzielenia świadczenia

- Zmiany terminu z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.

W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących,

świadczeniodawca ma obowiązek poinformować w każdy dostępny sposób o tym fakcie świadczeniobiorców podając nowy termin oraz przyczynę zmiany. Dotyczy to również przesunięcia terminu na okres wcześniejszy. Datę i przyczynę modyfikacji (remont oddziału, choroba lekarza) należy odnotować na liście oczekujących.

➤ Zmiana terminu z przyczyn leżących po stronie świadczeniobiorcy.

Jeżeli świadczeniobiorca odwoła przyjęcie do szpitala, ponieważ w wyznaczonym terminie nie może się stawić u świadczeniodawcy (np. konieczność wykonania innych procedur, szczepień wieku dziecięcego, pobyt w sanatorium itp.), należy dokonać zmiany planowanego terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej oraz podać przyczynę tej zmiany.

Jeżeli okres oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej przekracza 6 miesięcy, licząc od daty wpisu na listę oczekujących, świadczeniodawca może wskazać jako termin udzielenia świadczenia tydzień, w którym zostanie ono udzielone. W tym przypadku dokładny termin realizacji świadczenia powinien zostać przekazany świadczeniobiorcy nie później niż na 14 dni przed planowanym terminem udzielenia świadczenia. Powiadomienie musi być skuteczne, kontakt ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem może być osiągnięty w sposób ustalony w trakcie wpisywania na listę oczekujących.

Dodatkowe wolne terminy, które powstają niezależnie od przyczyny (np. po zawiadomieniu o rezygnacji świadczeniobiorcy ze świadczenia opieki zdrowotnej, wydłużenia godzin przyjęć, zatrudnienia dodatkowego personelu medycznego) należy przeznaczyć na przyspieszenie terminów realizacji świadczeń dla świadczeniobiorców, którzy wyrażą zgodę na zmianę terminu, po zawiadomieniu ich o takiej możliwości. Zawiadomienia powinny być kierowane przede wszystkim do osób

następnych

na liście, czyli świadczeniobiorców czekających najdłużej.

W celu otrzymania jednego świadczenia opieki zdrowotnej świadczeniobiorca na podstawie jednego skierowania może wpisać się tylko na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy. Świadczeniobiorca ma obowiązek niezwłocznie

powiadomić świadczeniodawcę, że nie może stawić się u niego w wyznaczonym terminie oraz o rezygnacji ze świadczenia opieki zdrowotnej.

IV. PRZYJĘCIE DO SZPITALA

Planowe	Nagłe
Na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza	W stanach nagłego pogorszenia stanu zdrowia, bez konieczności posiadania skierowania
Szpital w celu poinformowania pacjenta posiada na swojej stronie www informacje o: - niezbędnej dokumentacji medycznej - dokumentach potwierdzających tożsamość - niezbędnych rzeczach osobistych, które będą potrzebne pacjentowi	
Personel medyczny dokonujący rejestracji: - wpisuje dane osobowe pacjenta - weryfikuje ubezpieczenie pacjenta w systemie EWUŚ - w przypadku braku potwierdzenia przez system uzupełnia dane na podstawie dokumentu potwierdzającego to prawo lub - pacjent składa oświadczenie, że podlega	Personel medyczny (pielęgniarka, ratownik medyczny lub lekarz SOR) dokonuje segregacji medycznej tzw. TRIAGE ¹¹ Obecnie stosuje się kilka systemów triage: - o system triage START – oraz jego modyfikacja pediatryczna JumpSTART – nadawanie odpowiednich kolorów w zależności od priorytetu udzielenia pomocy (to najpopularniejszy system w Polsce), - o system triage TRTS – polegający na ocenie pacjentów na podstawie ciężkości urazów – stosuje się go do określenia, jaki jest stan zdrowia danej osoby i jej prawdopodobieństwo przeżycia, - o system triage ISS – określający nasilenie urazu na podstawie obrażeń 6 układów ciała, - o system triage BTTR – określający stan pacjenta na podstawie ciśnienia krwi czy elementów skali śpiączki Glasgow.

¹¹ Triage to ratunkowa segregacja medyczna pacjentów, której celem jest wskazanie, kto z pacjentów najbardziej potrzebuje natychmiastowej pomocy, a kto może taką pomoc otrzymać później, ponieważ jego stan jest stabilny. System triage może być stosowany zarówno podczas zdarzeń drogowych czy masowych wypadków, jak i w szpitalach i na oddziałach SOR. Dzięki triage służby medyczne mogą zoptymalizować swoją pracę w taki sposób, aby najszybciej zająć się najbardziej poważnymi przypadkami, a badanie i leczenie chorych o stabilnym stanie odroczyć, ponieważ nie ma bezpośredniego zagrożenia życia.

ubezpieczeniu

- uzupełnia dane osobowe opiekuna/osoby upoważnionej do zasięgania informacji na temat stanu zdrowia i pozyskiwania dokumentacji medycznej wraz z adresem zamieszkania i telefonem kontaktowym



Triage polega na:

- przeprowadzeniu wywiadu medycznego i zebraniu danych służących ocenie stanu zdrowia pacjenta
- zakwalifikowaniu pacjenta do jednej z pięciu kategorii stopnia pilności udzielenia świadczeń zdrowotnych
- w przypadku pacjenta przewiezionego do SOR przez ZRM, w skład którego wchodzi lekarz, pacjent pozostaje pod jego opieką do momentu przekazania go lekarzowi dyżurnemu SOR
- personel medyczny niezwłocznie zakłada pacjentowi dokumentację medyczną

UWAGA!

Brak możliwości odebrania pisemnej zgody pacjenta lub jego ustawowego przedstawiciela na hospitalizację może zaistnieć w przypadku braku kontaktu/ciężkiego stanu pacjenta lub w razie konieczności wykonania natychmiastowego zabiegu leczniczego. Należy odnotować ten fakt w historii choroby i powiadomić pielęgniarkę /położną dyżurną docelowego oddziału, na który trafił pacjent. Do uzyskania podpisu oraz zgody na leczenie z chwilą polepszenia się stanu zdrowia pacjenta

	<i>zobowiązuje się lekarza dyżurnego oddziału, kierownika oddziału lub lekarza prowadzącego w oddziale, do którego pacjent został przyjęty.</i>
Lekarz Izby Przyjęć/SOR: - zbiera i odnotowuje w dokumentacji medycznej wywiad lekarski, przeprowadza badanie pacjenta¹² - podejmuje decyzję o przyjęciu pacjenta do Szpitala po uprzednim uzyskaniu zgody od pacjenta na hospitalizację - w przypadku odmowy hospitalizacji wydaje zalecenia co do dalszego postępowania i odnotowuje to w księdze odmów przyjęć - w sposób przystępny informuje pacjenta o postępowaniu diagnostyczno-leczniczym - zleca niezbędne badania w celu ustalenia stanu zdrowia pacjenta - opracowuje zasady konsultacji pacjenta i wyznacza osoby do konsultacji planowych i nagłych; dotyczy to także konsultacji poza szpitalem, w weekendy i święta - ocenia stanu psychicznego pacjenta oraz stan odżywiania - zapoznaje się z posiadaną przez pacjenta dokumentacją medyczną - uzupełnia dokumentację medyczną pacjenta - w przypadku braku miejsca lub konieczności udzielenia świadczeń zdrowotnych w szpitalu o wyższym poziomie referencyjności, lekarz kontaktuje się z właściwym podmiotem leczniczym celem ustalenia terminu hospitalizacji	
Pielęgniarka Izby Przyjęć/SOR: - zbiera i odnotowuje w dokumentacji niezbędne informacje, dokonuje wywiadu epidemiologicznego, ocenia potrzeby pielęgnacyjne pacjenta, dokonuje oceny stanu higieny, ocena stanu psychicznego – ocena pielęgniarska powinna dotyczyć każdego hospitalizowanego pacjenta - wykonuje zlecenia lekarskie - informuje pacjenta o możliwości zapoznania się z: Prawami i obowiązkami pacjenta, Regulaminem organizacyjnym zakładu wskazując miejsce, w którym znajdują się te dokumenty, - zapoznaje pacjenta z topografią oddziału	

¹² Wprowadzenie zakresu wywiadu lekarskiego i badania fizykalnego zgodnego ze specyfiką udzielanych świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem wszechstronnego podejścia do pacjenta

- informuje pacjenta o możliwości umieszczenia przedmiotów wartościowych w depozycie
- w przypadku podjęcia przez lekarza decyzji o hospitalizacji w oddziale przekazuje pacjenta do właściwego oddziału
- ocenia stan zdrowia pacjenta wg. np. skali Norton, Douglasa, Torrance, ocenia potrzeb żywieniowych pacjenta

V. PRZYJĘCIE DO SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

Przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi do szpitala psychiatrycznego następuje za jej pisemną zgodą na podstawie ważnego skierowania do szpitala, jeżeli lekarz wyznaczony do tej czynności, po osobistym zbadaniu tej osoby, stwierdzi wskazania do przyjęcia.

Skierowanie lekarz może wydać wyłącznie na podstawie uprzedniego osobistego zbadania tej osoby. Skierowanie do szpitala psychiatrycznego wydawane jest w dniu badania, a jego ważność wygasa po upływie 14 dni.

1. Kiedy można przeprowadzić badanie bez zgody pacjenta

Osoba, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, może być poddana badaniu psychiatrycznemu również bez jej zgody. Konieczność przeprowadzenia takiego badania stwierdza lekarz psychiatra, a w razie niemożności uzyskania pomocy lekarza psychiatry – inny lekarz. W razie potrzeby lekarz przeprowadzający badanie zarządza bezzwłocznie przewiezienie badanego do szpitala. Przewiezienie takiej osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego następuje w obecności lekarza, pielęgniarki lub zespołu ratownictwa medycznego. Lekarz, który przeprowadził takie badanie psychiatryczne odnotowuje tę czynność w dokumentacji medycznej, wskazując na okoliczności uzasadniające podjęcie postępowania przymusowego. Przy ocenie zasadności poddania osoby badaniu bez jej zgody można zastosować przymus bezpośredni.

2. Kiedy następuje przyjęcie bez zgody do szpitala psychiatrycznego

Osoba z zaburzeniami psychicznymi może zostać przyjęta tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. Natomiast osoba, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, może być przyjęta bez zgody w celu wyjaśnienia tych wątpliwości. Pobyt w szpitalu takiej osoby nie może trwać dłużej niż 10 dni.

3. Kto decyduje o przyjęciu bez zgody

O takim przyjęciu postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym zbadaniu i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa. Lekarz jest obowiązany wyjaśnić choremu przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody i poinformować go o jego prawach. Przyjęcie takie wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia. Następnie kierownik szpitala zawiadamia o powyższym sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia.

Na podstawie otrzymanego zawiadomienia sąd opiekuńczy wszczyna postępowanie dotyczące przyjęcia do szpitala psychiatrycznego. Sąd opiekuńczy może rozpoznać sprawę również na wniosek tej osoby lub jej przedstawiciela ustawowego, jej małżonka, krewnych w linii prostej, rodzeństwa bądź osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę albo z urzędu.

4. Procedura przyjęcia do szpitala psychiatrycznego

W TRYBIE NAGŁYM	W TRYBIE PLANOWYM
Przyjęcie pacjenta, który z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio własnemu życiu lub zdrowiu albo życiu innych osób	Przyjęcie pacjenta dobrowolnego, świadomie wyrażającego zgodę na leczenie, posiadającego skierowanie do szpitala
1. Wszyscy pacjenci zgłaszający się do szpitala są badani przez lekarza dyżurnego Izby Przyjęć Szpitala 2. Pacjenci zagrażający bezpośrednio własnemu życiu lub zdrowiu albo życiu	1. Pacjenci zgłaszający się do szpitala na leczenie psychiatryczne planowe dobrowolnie przyjmowani są do oddziałów szpitalnych w dniu zgłoszenia się do Izby Przyjęć Szpitala

innych osób przyjmowani są do szpitala natychmiast po dowiedzeniu ich do Izby Przyjęć Szpitala 3. Przyjęcia wyżej wymienionych pacjentów odbywają się poza kolejnością 4. Podstawą przyjęcia bez zgody jest skierowanie od lekarza określające przesłanki do przyjęcia w trybie nagłym 5. Lekarz dyżurny po bezpośrednim zbadaniu pacjenta podejmuje decyzję o jego przyjęciu bez zgody zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego (art. 23, art. 24, art. 22 ust. 2 i 5, art. 29), 6. W przypadku braku miejsc w szpitalu lekarz dyżurny telefonicznie w trybie pilnym ustala miejsce przyjęcia pacjenta w innym najbliższym oddziale psychiatrycznym 7. Odmowa przyjęcia z powodu braku miejsc odnotowywana jest wraz z uzasadnieniem w Księdze Odmów 8. Pacjenci przyjmowani w trybie nagłym powinni posiadać dokument potwierdzający tożsamość 9. Brak w/w dokumentu nie może być przyczyną odmowy przyjęcia pacjenta w trybie nagłym do szpitala 10. Po potwierdzeniu przyjęcia przez lekarza Izby Przyjęć Szpitala, pacjent wpisywany jest do Księgi Głównej Szpitala, systemu informatycznego AMMS i w miarę możliwości uzyskuje się dane osobowe pacjenta (imię i nazwisko, PESEL, data urodzenia, adres, telefon kontaktowy, miejsce	2. O przyjęciu pacjenta dobrowolnego w trybie planowym decyduje lekarz dyżurny Izby Przyjęć Szpitala 3. W przypadku braku miejsc w oddziałach psychiatrycznych, pacjenci są informowani o konieczności zgłoszenia się w późniejszym terminie 4. Jeżeli stan zdrowia pacjenta wymaga natychmiast hospitalizacji, a szpital nie dysponuje miejscami na oddziałach psychiatrycznych, lekarz dyżurny Izby Przyjęć Szpitala telefonicznie uzgadnia miejsce i termin przyjęcia do innego szpitala 5. Sposób odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala regulują Zasady postępowania z pacjentem w przypadku odmowy przyjęcia do szpitala 6. Pacjenci dobrowolni planowi zgłaszający się do oddziałów psychiatrycznych i na leczenie w Oddziale Terapii Uzależnienia od Alkoholu przyjmowani są zgodnie z listą oczekujących 7. Lista oczekujących znajduje się w Izbie Przyjęć Szpitala i jest tworzona na bieżąco przez lekarza dyżurnego po konsultacji z kierownikami oddziałów 8. Lista oczekujących prowadzona jest z uwzględnieniem zasad sprawiedliwego, równego i niedyskryminującego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z kryterium medycznym 9. Pacjenci zgłaszający się na leczenie dobrowolne planowe do Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu muszą być trzeźwi i bez objawów alkoholowego
--	---

pracy, stan cywilny, wykształcenie, źródło utrzymania, przez kogo skierowany, opiekun faktyczny ewentualnie przedstawiciel ustawowy pacjenta) 11. Lekarz dyżurny Izby Przyjęć Szpitala wypełnia druk — załącznik do historii choroby Szpitala Psychiatrycznego w sprawie przyjęcia z mocy art. 22 ust. 2 i 5, art. 23, art. 24, art. 29 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego 12. Jeżeli stan psychiczny pacjenta na to pozwala lekarz Izby Przyjęć Szpitala podczas badania pacjenta zbiera wywiad zgodnie z wytycznymi określającymi zawartość dokumentacji medycznej wymaganej w szpitalu 13. W miarę możliwości podczas przyjęcia pacjenta w trybie nagłym odbywa się badanie lekarskie stanu somatycznego, neurologicznego i psychiatrycznego oraz wykonywane są badania dodatkowe — EKG, pomiar ciśnienia i tętna 14. Wyniki powyższych badań lekarz Izby Przyjęć Szpitala wpisuje do historii choroby pacjenta 15. Lekarz Izby Przyjęć Szpitala zleca wykonanie badań dodatkowych w oddziale oraz ustala leczenie farmakologiczne, co umieszczone zostaje w indywidualnej karcie zleceń pacjenta 16. Pielęgniarka lub pielęgniarz Izby Przyjęć Szpitala zakłada dokumentację pielęgniarską pacjenta zgodnie z wytycznymi określającymi zawartość	zespołu abstynencyjnego 10. Pacjenci, kierowani na leczenie odwykowe alkoholowe na podstawie postanowienia sądu, przyjmowani są zgodnie z terminarzem przyjęć do Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu 11. Terminarz przyjęć tworzony jest przez kierownika Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu 12. Pacjenci dobrowolnie zgłaszający się do leczenia w szpitalu muszą posiadać następujące dokumenty: - skierowanie do szpitala i w miarę możliwości dotychczasową dokumentację medyczną - dowód osobisty lub inny dokument potwierdzający tożsamość 13. Po podjęciu przez lekarza dyżurnego Izby Przyjęć Szpitala decyzji o przyjęciu pacjenta w stan chorych, pacjent wpisywany jest do Księgi głównej szpitala oraz do systemu informatycznego AMMS. Wpis zawiera następujące informacje: nazwisko, imię, PESEL, data urodzenia, adres, telefon kontaktowy, miejsce pracy, stan cywilny, wykształcenie, źródło utrzymania, przez kogo skierowany, imię i nazwisko opiekuna faktycznego, ewentualnie przedstawiciela ustawowego 14. Lekarz dyżurny Izby Przyjęć Szpitala podczas badania pacjenta zbiera wywiad zgodnie z wytycznymi określającymi zawartość dokumentacji medycznej wymaganej w szpitalu 15. Podczas przyjęcia pacjenta odbywa się badanie lekarskie stanu somatycznego, neurologicznego i psychiatrycznego oraz wykonywane są
---	--

dokumentacji pielęgniarskiej wymaganej w szpitalu 17. Sposób zapoznawania się z prawami i obowiązkami pacjenta, a także tryb ustanowienia osób uprawnionych do wglądu w dokumentację medyczną, regulują odpowiednie procedury dotyczące praw pacjenta: a) procedura informowania pacjenta o jego prawach i regulaminie oddziału b) procedura deponowania własności pacjentów 18. Sposób przejęcia odpowiedzialności za nowoprzyjętego pacjenta regulują procedury: a) przekazania pacjenta z Izby Przyjęć Szpitala do oddziałów b) przekazania pacjenta kolejnej zmianie w Izbie Przyjęć Szpitala 19. Konieczność zabezpieczenia mechanicznego pacjentów pobudzonych, agresywnych, nie współpracujących reguluje procedura stosowania przymusu bezpośredniego	badania dodatkowe: EKG, pomiar ciśnienia i tętna, badanie alkomatem na zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu 16. Wyniki powyższych badań lekarz dyżurny Izby Przyjęć Szpitala wpisuje do historii choroby pacjenta 17. Lekarz dyżurny Izby Przyjęć Szpitala zleca wykonanie badań dodatkowych w oddziale oraz ustala leczenie farmakologiczne, co zostaje zapisane w indywidualnej karcie zleceń lekarskich pacjenta 18. Pielęgniarka/pielęgniarz Izby Przyjęć Szpitala zakłada dokumentację pielęgniarską pacjenta, zgodnie z wytycznymi określającymi zawartość dokumentacji pielęgniarskiej wymaganej w szpitalu 19. W uzasadnionych przypadkach przyjęcie pacjenta dobrowolnego w trybie planowym może odbyć się bez skierowania 20. O przyjęciu pacjenta bez skierowania decyduje lekarz dyżurny Izby Przyjęć Szpitala, który wówczas wystawia skierowanie 21. Zgoda pacjenta na hospitalizację oraz sposób zapoznawania się z prawami i obowiązkami pacjenta, a także tryb ustanowienia osób uprawnionych do wglądu w dokumentację medyczną regulują odpowiednie procedury
---	---

VI. IDENTYFIKACJA PACJENTA

Pacjentów szpitala zaopatruje się w znaki identyfikacyjne.¹³ W przypadku uzasadnionym stanem zdrowia pacjenta kierownik może podjąć decyzję o odstąpieniu od zaopatrywania tego pacjenta w znak identyfikacyjny. Informację w tym zakresie wraz z podaniem przyczyn odstąpienia zamieszcza się w dokumentacji medycznej pacjenta.¹⁴ Kwestię identyfikacji pacjenta w szpitalu, szczegółowo reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposób postępowania w razie stwierdzenia ich braku.

Pacjenta zaopatruje się w znak identyfikacyjny przy przyjęciu do szpitala, po ustaleniu jego tożsamości. Pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić przy przyjęciu do szpitala, zaopatruje się w znak identyfikacyjny zawierający oznaczenie „NN” oraz dodatkowe oznaczenie numeryczne, umożliwiające identyfikację pacjenta do czasu ustalenia jego tożsamości. Pacjenta, który potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, zaopatruje się w znak identyfikacyjny niezwłocznie po udzieleniu takiego świadczenia.

Znak identyfikacyjny w który zaopatrywany jest pacjent szpitala, zawiera informacje pozwalające na ustalenie:

- imienia i nazwiska oraz daty urodzenia pacjenta,
- w przypadku noworodka urodzonego w szpitalu - imienia i nazwiska matki, płci i daty urodzenia dziecka ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny, a w przypadku noworodka urodzonego z ciąży mnogiej także cyfry wskazujące na kolejność rodzenia się,
- zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione.

VII.OPIEKA NAD PACJENTEM

Kryterium	Dobra praktyka
Opieka nad	- każdy pacjent ma opracowany indywidualny plan opieki, na podstawie wywiadu fizykalnego i jest modyfikowany

¹³ Art. 36 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

¹⁴ Art. 36 ust. 3a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

pacjentem	w zależności od wyników badań, stanu zdrowia pacjenta - w oddziale są opracowane standardy postępowania dla określonych jednostek chorobowych jako rutynowe plany opieki nad pacjentem, które są dostosowywane do jego stanu zdrowia - zapewnienie dostępu do leków, wyrobów medycznych podczas hospitalizacji
Kwalifikacje personelu	- personel medyczny bierze udział w organizowanych przez podmiot leczniczy szkoleniach podnoszących ich umiejętności - personel medyczny odbywa regularne szkolenia w zakresie komunikacji z pacjentem i jego rodziną
Stan leków oraz sprzętu	- dbanie o dostęp do niezbędnych leków - dostęp do materiałów i leków w stanach nagłego zagrożenia zdrowia i życia - sprzęt używany w stanach nagłego zagrożenia życia jest łatwo dostępny dla personelu medycznego - zabezpieczenie leków przed dostępem osób nieuprawnionych - regularny serwis urządzeń znajdujących się w oddziale
Leczenie bólu	- w podmiocie leczniczym opracowano i wdrożono procedurę oceny i leczenia bólu
Odleżyny	- opracowanie standardów pielęgnowania pacjentów z ryzykiem odleżyn i/lub odleżynami: gromadzenie danych o pacjencie i jego środowisku, co stanowi punkt wyjścia w procesie pielęgnowania i jest warunkiem jego dalszego przebiegu efektywności. Pielęgniarka zbiera przy przyjęciu pacjenta wywiad z nim oraz z członkami rodziny i na bieżąco go uzupełnia. Do zebrania danych pielęgniarka wykorzystuje różne techniki: badanie fizykalne (badanie przedmiotowe), wywiad, obserwację, analizę dokumentacji medycznej oraz pomiary. Pielęgniarka w trakcie badania przedmiotowego i wywiadu ocenia po kolei wszystkie układy i ich funkcjonowanie, szczególną uwagę zwracając na czynniki zwiększające ryzyko rozwoju odleżyn.

	Identyfikując czynniki ryzyka, wykorzystuje dostępne narzędzia oceny parametrycznej, np. skale punktowe oceny ryzyka rozwoju odleżyn (Norton, Braden, Waterlow, Douglas, CBO). Wszystkie zgromadzone dane dotyczące stanu chorego i jego środowiska powinny być zamieszczone w indywidualnej dokumentacji medycznej, w tym historii pielęgnowania, obejmującej m.in. wywiad pielęgniarski, indywidualną kartę opieki pielęgniarskiej/procesu pielęgnowania, kartę odleżyn, kartę zmiany pozycji chorego i inne dostosowane do profilu i potrzeb zakładu opieki zdrowotnej. - pielęgniarka dokonuje diagnozy na podstawie zgromadzonych danych - opracowanie opieki i dobranie odpowiednich środków profilaktycznych/pielęgnacyjnych - realizacja planu opieki - ocena skuteczności realizowanego procesu pielęgnacji
Wyżywienie	- personel medyczny dokonuje oceny stanu odżywiania i dostosowuje właściwą do jednostki chorobowej dietę - opracowanie tygodniowego oraz miesięcznego jadłospisu dla poszczególnych jednostek chorobowych - zapewnienie pełnowartościowych diet wspomagających proces diagnostyczno-leczniczy
Dokumentacja medyczna	- regularne szkolenia w zakresie prowadzenia i przetwarzania dokumentacji medycznej z procesu leczenia

VIII. WYPIS PACJENTA ZE SZPITALA

Wypisanie pacjenta¹⁵ ze szpitala albo innego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje:

- gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w tym zakładzie leczniczym;
- na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego;
- gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.

Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, można odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych sąd opiekuńczy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej. W przypadku, gdy przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, niezwłocznie zawiadamia się właściwy sąd opiekuńczy o odmowie wypisania i jej przyczynach.

W sytuacjach, gdy pacjent występuje z żądaniem wypisania ze szpitala, jest informowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych. Pacjent taki składa pisemne oświadczenie o wypisaniu na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.

1. Karta informacyjna z zakończonego leczenia szpitalnego

¹⁵ Art. 29 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

Karta informacyjna z leczenia szpitalnego wystawiana jest na podstawie informacji zawartych w historii choroby.¹⁶

Karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawiera¹⁷:

- a) rozpoznanie choroby w języku polskim wraz z numerem statystycznym;
- b) wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem oraz wyniki konsultacji;
- c) opis zastosowanego leczenia, a w przypadku wykonania zabiegu lub operacji – datę wykonania;
- d) wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, rehabilitacji, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia;
- e) orzeczone przy wypisie okres czasowej niezdolności do pracy, a w miarę potrzeby ocenę zdolności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia;
- f) adnotacje o produktach leczniczych wraz z dawkowaniem i wyrobach medycznych w ilościach odpowiadających ilościom na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne wystawionych pacjentowi;
- g) terminy planowanych konsultacji, na które wystawiono skierowania;
- h) datę wypisu.

Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego wydaje się pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie upoważnionej do dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta, w dniu wypisu, a w przypadku, gdy wypisanie pacjenta ze szpitala następuje na jego żądanie, bez zbędnej zwłoki¹⁸.

2. Dokumentacja medyczna w przypadku nieprzyjęcia pacjenta do szpitala

BARDZO WAŻNE!

W przypadku odmowy przyjęcia do szpitala pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy otrzymuje informację o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub

¹⁶ § 21. 1. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

¹⁷ § 21. 4. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

¹⁸ § 21. 6. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

*urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach*¹⁹.

Wykaz odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć lub wykaz odmów przyjęć w szpitalnym oddziale ratunkowym, opatrzony numerem wykazu, zawiera²⁰:

- a) numer kolejny pacjenta w wykazie;
- b) imię (imiona) i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- c) oznaczenie lekarza kierującego, jeżeli dotyczy;
- d) datę zgłoszenia się pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- e) rozpoznanie ustalone przez lekarza kierującego albo adnotację o braku skierowania;
- f) istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego oraz wyniki wykonanych badań diagnostycznych;
- g) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
- h) informację o udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz produktach leczniczych wraz z dawkowaniem lub wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom przepisanych na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydanych pacjentowi;
- i) datę odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- j) wskazanie powodu odmowy przyjęcia do szpitala;
- k) adnotację o braku zgody pacjenta na pobyt w szpitalu;
- l) adnotację o miejscu, do którego pacjent został skierowany, wraz z adnotacją o zleceniu transportu sanitarnego, jeżeli zostało wydane;

¹⁹ § 24. 2. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

²⁰ § 24. 1. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

m) oznaczenie lekarza.

3. Rodzina nie chce odebrać pacjenta

Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania świadczeń szpitalnych²¹ albo całodobowych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta, począwszy od terminu określonego przez kierownika, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w przepisach odrębnych.

Gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku niemożności ustalenia miejsca zamieszkania właściwa ze względu na ostatnie miejsce pobytu pacjenta pokrywa koszty transportu sanitarnego pacjenta małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji do miejsca pobytu, jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta albo osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, nie odbiera pacjenta w wyznaczonym terminie.²²

4. Sekcja zwłok

Zwłoki pacjenta mogą być poddane sekcji, w szczególności gdy zgon tej osoby nastąpi przed upływem 12 godzin od przyjęcia do szpitala. Zwłoki pacjenta nie są poddawane sekcji, jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczyniła to ta osoba za życia²³. W dokumentacji medycznej pacjenta sporządza się adnotację

o dokonaniu albo zaniechaniu sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem.

5. Wypis ze szpitala psychiatrycznego pacjenta przyjętego za zgodą

Wypis z psychiatrycznego podmiotu leczniczego jest możliwy, gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w warunkach szpitalnych. Pacjent może być również wypisany na własne żądanie, wówczas musi zostać dokładnie poinformowany o ewentualnych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych. Zarówno pacjent, jak i lekarz zobowiązani są podpisać oświadczenie o wypisie na własne żądanie wraz z

²¹ Art. 30 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

²² Art. 30 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

²³ Art. 31 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

adnotacją o zapoznaniu się przez pacjenta z możliwymi następstwami zaprzestania hospitalizacji.

Pacjent może zostać również wypisany z podmiotu leczniczego w sytuacji, w której w rażący sposób narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz gdy nie zachodzi obawa, że opuszczenie przez niego placówki może stanowić niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia, czy zdrowia i życia innych osób. Pacjent nie może zostać wypisany po jednorazowym incydencie, ale w przypadku gdy np. często narusza zapisy regulaminu porządkowego szpitala.

6. Wycofanie zgody na leczenie przez osobę przyjętą do szpitala psychiatrycznego za jej zgodą

Wypisu ze szpitala psychiatrycznego może domagać się również osoba przyjęta do niego za swoją zgodą. Jednak w sytuacji, gdy zachowanie pacjenta wskazuje na bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia jego lub innych osób, istnieje możliwość zatrzymania go w szpitalu psychiatrycznym pomimo, że został do niego przyjęty za swoją zgodą. Zagrożenie to musi być jednak związane z aktualnym stanem zdrowia pacjenta, a nie odnosić się do okoliczności występujących wcześniej np. w chwili przyjęcia go do szpitala.

7. Wypis ze szpitala psychiatrycznego pacjenta przyjętego bez zgody

Osoba przebywająca w szpitalu psychiatrycznym bez swojej zgody również może złożyć wniosek o wypisanie jej ze szpitala. Może to zrobić w dowolnej formie - ustnej lub pisemnej. Do złożenia wniosku jest uprawniona także rodzina pacjenta (czyli małżonek, rodzeństwo oraz krewni w linii prostej), przedstawiciel ustawowy oraz osoba sprawująca nad nią faktyczną opiekę. Wystąpienie z wnioskiem o wypisanie ze szpitala powinno być odnotowane w historii choroby pacjenta. Natomiast decyzję o wypisaniu pacjenta przebywającego bez zgody podejmuje lekarz kierujący oddziałem. Jeśli uzna, że ustały przyczyny jego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody- pacjent powinien zostać wypisany. O wypisie szpital zawiadamia sąd.

8. Odmowa wypisania pacjenta przyjętego bez zgody

W sytuacji gdy lekarz stwierdzi, że nie ustały przyczyny, które spowodowały przyjęcie pacjenta na oddział psychiatryczny, ma prawo odmówić wypisu, pomimo żądania opuszczenia placówki przez pacjenta, bądź jego przedstawiciela ustawowego.

W takim przypadku pacjent, bądź jego przedstawiciel ustawowy mogą wystąpić o nakazanie wypisania do sądu opiekuńczego, w którego okręgu znajduje się szpital. Wniosek ten należy złożyć w terminie 7 dni od uzyskania informacji o odmowie wypisania oraz o terminie i sposobie złożenia wniosku.

Sąd stwierdza, czy należy niezwłocznie zwolnić pacjenta ze szpitala, czy jednak należy zatrzymać go na dalszym leczeniu bez jego zgody. Decydującym powodem do zatrzymania osoby z zaburzeniami psychicznymi w szpitalu psychiatrycznym bez jej zgody jest stwierdzenie, że dotychczasowe zachowanie zagraża bezpośrednio jej życiu albo życiu i zdrowiu innych osób.

IX. ZASADY POSTĘPOWANIA PERSONELU MEDYCZNEGO

Osoby wykonujące zawód medyczny powinny podejmować wszystkie możliwe działania w celu zapewnienia odpowiedniego etosu zdrowotnego społeczeństwa i poszanowania praw pacjenta. Naruszenie obowiązku postępowania zgodnie z zasadami etyki zawodowej może prowadzić do odpowiedzialności karnej, cywilnej lub zawodowej. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny mają kierować się zasadami etyki zawodowej określonej przez właściwe samorządy zawodów medycznych. W Polsce do takich zawodów należy lekarz, lekarz dentysta, pielęgniarka, położna, farmaceuta i diagnosta laboratoryjny. Izby lekarskie

w toku podejmowanych działań oraz praktyki zawodowej w oparciu o obowiązujący system prawny opracowały Kodeks Etyki Lekarskiej, który został przyjęty przez Krajowy Zjazd Lekarzy w 1991 r.

Kodeks Etyki Lekarskiej opiera się na założeniu, że zasady etyki lekarskiej wynikają z ogólnych norm etycznych. Według twórców Kodeks Etyki Lekarskiej zobowiązuje lekarzy do: przestrzegania praw człowieka, dbania o godność zawodu lekarskiego (niepodważania przez lekarza poprzez swoje postępowanie zaufania do zawodu).

Zgodnie z KEL powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu. Największym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego - *salus aegroti suprema lex esto*. Oznacza, to, że lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem. W trakcie wypełniania swoich czynności zawodowych lekarz zobowiązany jest szanować człowieka bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarunkowania. KEL wskazuje, także by w przypadkach nieprzewidzianych w Kodeksie Etyki Lekarskiej kierować się zasadami wyrażonymi w uchwałach władz samorządu lekarskiego, w orzecznictwie sądów lekarskich oraz dobrymi obyczajami przyjętymi przez środowisko lekarskie.

Na II Krajowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych w Warszawie od 2 do 4 grudnia 1995 r., zatwierdzono Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej. Kodeks ten odwołuje się do podstawowych wartości istotnych dla etosu zawodów pielęgniarki i położnej, takich jak życie i zdrowie człowieka, poszanowanie godności i praw wszystkich ludzi oraz tolerancja, opiekuńczość, rzetelna informacja i zaufanie. Pielęgniarki i położne powinny okazywać poszanowanie dla godności i cierpienia innych ludzi. Działalność pielęgniarek i położnych jest określana jako świadoma i dobrowolna służba zdrowiu, życiu i cierpieniu drugiego człowieka bez względu na rasę, religię, narodowość, pozycję społeczną i majątkową, płeć i wiek. W procesie pielęgnowania obowiązuje poszanowanie i przestrzeganie praw osób objętych troską, a w szczególności ich prawa do uzyskiwania kompetentnej pod względem jakościowym opieki, poszanowania intymności i godności osobistej

Realizacja prawa pacjenta do informacji na odległość przez osoby uprawnione

Szczegółowe informacje w tym zakresie, znajdują się na stronie internetowej²⁴ Rzecznika Praw Pacjenta. Rzecznik przy współpracy z Prezesem Urzędu Ochrony Danych Osobowych przygotował „Wytyczne dotyczące realizacji prawa do informacji przez osoby uprawnione na odległość”. Wytyczne te zawierają rekomendowane

²⁴ <https://www.gov.pl/web/rpp/realizacja-prawa-pacjenta-do-informacji-na-odleglosc-przez-osoby-uprawnione---wytyczne-rzecznika-praw-pacjenta-oraz-prezesa-urzedu-ochrony-danych-osobowych>

rozwiązania, które pozwalają na realizację prawa osoby upoważnionej do informacji o stanie zdrowia pacjenta z uwzględnieniem zasad wynikających z regulacji ochrony danych osobowych, w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych.

W dobie epidemii oraz wprowadzanych ograniczeń w realizacji praw pacjenta, należało poszukiwać alternatywnych możliwości przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta osobom do tego uprawnionym, w szczególności z wykorzystaniem możliwości, jakie dają nam nowe technologie. Jak zauważa Rzecznik, żaden przepis nie zabrania komunikowania na odległość. Dane zdrowotne są jednak kategorią, wymagającą szczególnej dbałości i zabezpieczeń, związanych z formą zdalną. Przedstawione wytyczne regulują zasady kontaktu na odległość z osobą upoważnioną przez pacjenta przytomnego, ale także z osobą bliską, której pacjent z uwagi na stan zdrowia nie mógł upoważnić do uzyskania informacji o stanie swojego zdrowia. Według Rzecznika Praw Pacjenta oraz Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych podmioty lecznicze powinny stworzyć odpowiednie warunki techniczne oraz organizacyjne, w których pacjenci w łatwy sposób będą mogli się komunikować. Przygotowane wytyczne mają charakter pomocniczy i przedstawiają kierunki działania podmiotów leczniczych, które należy zastosować, aby jednocześnie realizować prawa przysługujące pacjentom oraz przepisy o ochronie danych osobowych.

Ważne, aby w trakcie rozmowy na odległość, potwierdzić tożsamość kontaktującego się jako osoby uprawnionej do otrzymywania informacji o pacjencie. Do kontaktu, powinien być przygotowany dedykowany sprzęt (nie może to być np. prywatny telefon komórkowy personelu medycznego).

W trakcie rozmowy, ważne jest rozróżnienie:

- osoby, upoważnionej przez pacjenta do uzyskania informacji,
- osoby nieupoważnionej, ale takiej, która jest osobą bliską (uprawnioną w szczególnych sytuacjach).

Przy przyjęciu pacjenta należy poprosić o wskazanie osób (wraz z danymi umożliwiającymi kontakt np. numer telefonu, adres e-mail), które upoważnia on do uzyskania informacji o jego stanie zdrowia, a także ustalenie systemu hasłowego (np. numer książki głównej lub kodu/hasła), jak również poprosić pacjenta o

przekazanie ustalonych kodów kontaktu do osób upoważnionych. Pacjenta należy poinformować o możliwości wskazania więcej niż jednej osoby. Jeżeli pacjent jest przytomny, można poprosić go o weryfikację tożsamości osoby dzwoniącej lub wskazać na możliwość bezpośredniego kontaktu z pacjentem (gdy nie istnieją wątpliwości co do stanu świadomości pacjenta). Udzielając informacji o stanie zdrowia pacjenta należy dostosować sposób ich komunikacji, w szczególności należy je przekazać w sposób przystępny i zrozumiały dla odbiorcy.

W przypadku braku systemu hasłowego, przed przekazaniem informacji personel powinien w trakcie kontaktu na odległość uprawdopodobnić tożsamość osoby kontaktującej się, przykładowo poprzez:

- zadanie pytań kontrolnych do osoby dzwoniącej, mające na celu uprawdopodobnienie, że osoba ta jest osobą bliską dla pacjenta lub osobą upoważnioną;
- okazanie dokumentu potwierdzającego tożsamość przez dzwoniącego (w przypadku wideorozmowy).

Należy podkreślić, że osoby bliskie pacjenta mają prawo do uzyskania informacji o jego stanie zdrowia. Udzielenie informacji jednej z osób z kręgu osób uprawnionych nie zwalnia z udzielenia takich informacji innym osobom upoważnionym, jeżeli pacjent wskazał kilka takich osób.

X. DOKUMENTACJA MEDYCZNA

Regulacje dotyczące prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej zawarte są w rozdziale 7 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej: ustawa). Aktem wykonawczym jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (dalej: rozporządzenie).

Dokumentacja medyczna jest formą kontroli procesu udzielania świadczenia zdrowotnego oraz poszczególnych czynności medycznych wchodzących w jego skład. Kwestia rzetelnie prowadzonej dokumentacji medycznej leży w „interesie” pacjenta, ale i samego podmiotu leczniczego. To na podstawie dokumentacji medycznej można dokonać weryfikacji rzetelności udzielonych świadczeń

zdrowotnych. Ponadto rzetelnie prowadzona dokumentacja medyczna pozwala personelowi medycznemu – kontrolować proces leczniczy.

Wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych, a w dokumentacji w postaci papierowej w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.	§ 4 ust.1 rozporządzenia
Dokumentację w postaci papierowej opatruje się własnoręcznym podpisem.	§ 4 ust.5 rozporządzenia
Wpis w dokumentacji w postaci papierowej nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji.	§ 4 ust.6 rozporządzenia
Strony wydruku dokumentacji oraz strony dokumentacji w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość.	§ 6 ust.1 rozporządzenia
Pierwsza strona wydruku dokumentacji indywidualnej oraz pierwsza strona dokumentacji w postaci papierowej zawierają oznaczenie pacjenta: określenie rodzaju dokumentu potwierdzającego tożsamość obejmuje jego nazwę oraz nazwę kraju, w którym został wystawiony, datę urodzenia oraz płeć pacjenta wpisuje się tylko w przypadku, jeżeli numer PESEL nie został nadany, adres miejsca zamieszkania wpisuje się w pierwszej wytworzonej dla tego pacjenta dokumentacji wewnętrznej (zgodnie z § 10 pkt 2), a kolejne strony - co najmniej imię (imiona) i nazwisko pacjenta.	§ 6 ust. 2 rozporządzenia

Dokumentacja medyczna powinna być prowadzona zgodnie z odpowiednimi standardami, należy pamiętać, że:

1. Formy udostępniania dokumentacji medycznej

Na podstawie art. 27 ust. 1 ustawy pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy w celu realizacji prawa, o którym mowa powyżej, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić,

przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w ustawie oraz zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta (art. 26 ust. 1 ustawy). Prawo do dostępu do dokumentacji medycznej, określone zostało w art. 27 ustawy i może polegać na udostępnieniu dokumentacji:

- a) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
- b) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
- c) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu (o ile zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie Twojego życia lub zdrowia);
- d) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
- e) na informatycznym nośniku danych.

O formie udostępnienia dokumentacji medycznej decyduje pacjent (przedstawiciel ustawowy bądź osoba upoważniona przez pacjenta) składając w tym celu wniosek do podmiotu, w którego posiadaniu znajduje się dokumentacja medyczna.

Podmiot leczniczy posiada możliwość wprowadzenia formularza o udostępnienie dokumentacji, w celu usprawnienia wnioskowania o nią. Formularz taki nie może być jednak w żadnym wypadku uznawany za obligatoryjny.

2. Termin udostępnienia dokumentacji medycznej

Podmiot udostępnia dokumentację medyczną podmiotom i organom uprawnionym bez zbędnej zwłoki (niezwłocznie). Z uwagi na fakt, że żaden z przepisów nie precyzuje czasu, w jakim podmiot leczniczy powinien udostępnić dokumentację medyczną przyjmuje się, że zarówno wgląd w dokumentację medyczną jak również jej udostępnienia (w formie wskazanej przez osobę, która o to wnosi) powinien być umożliwiony „niezwłocznie”. Przez „niezwłocznie” należy rozumieć czas, który jest

konieczny do jej przygotowania. Załatwienie sprawy bez zbędnej zwłoki oznacza, że wszelkie czynności konieczne do wykonania wniosku powinny mieścić się w czasie, jaki jest niezbędny do załatwienia danej sprawy w warunkach prawidłowej organizacji pracy i w możliwie krótkim czasie (tak szybko jak to jest możliwe). Termin taki uważa się za zachowany, jeżeli czynność została wykonana w najwcześniejszym możliwym terminie, a opóźnienie nie powinno wykraczać poza tzw. normalne procedowanie.

Jednocześnie należy wskazać, iż obowiązujące w tym zakresie przepisy zarówno ustawy o prawach pacjenta jak również rozporządzenia nie przewidują szczególnej formy dla składanych wniosków o udostępnienie dokumentacji medycznej. Oznacza to, że taki wniosek może zostać złożony w każdej formie (ustnie, pisemnie). Złożenie wniosku w jednej z ww. form, powinno stanowić podstawę udostępnienia przez podmiot dokumentacji medycznej. Ponadto, należy wskazać, iż na podstawie § 71 rozporządzenia w przypadku gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe, odmowę przekazuje się w postaci elektronicznej albo papierowej, zgodnie z żądaniem uprawnionego organu lub podmiotu. W każdym przypadku wymagane jest podanie przyczyny odmowy.

3. Odpłatność za udostępnienie dokumentacji medycznej

Wskazać należy, że zgodnie z art. 28 ustawy, za udostępnienie dokumentacji medycznej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę. Maksymalna wysokość opłaty w okresie od 1 czerwca 2021 r. do 31 sierpnia 2021 r., za udostępnienie dokumentacji medycznej jest następująca:

- a) za jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej nie może przekroczyć – 11,36 zł;
- b) za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej nie może przekroczyć - 0,40 zł;
- c) za udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych nie może przekroczyć – 2,27 zł.

Wyliczenia dokonuje się na podstawie wysokości przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu

Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, poczynawszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie. Udostępnienie dokumentacji do wglądu na miejscu, po uprzednim uzgodnieniu terminu, jest bezpłatne. Podmiot leczniczy nie ma prawa pobierać dodatkowych opłat za poświadczenie za zgodność z oryginałem. Obowiązujące przepisy nie odnoszą się do kwestii poświadczenia za zgodność z oryginałem. Dla pacjenta oznacza to, że odpis oraz kopię dokumentacji poświadczoną za zgodność z oryginałem należy traktować jako kopię lub odpis i pobierać wyłącznie opłaty stosowane za przygotowanie kopii lub odpisu. Podmiot leczniczy ma prawo domagać się opłaty przed wydaniem kopii dokumentacji medycznej.

4. Udostępnienie dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta

Zgodnie z nowymi przepisami (m.in. znowelizowany art. 26 ustawy o prawach pacjenta oraz art. 40 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty), placówka medyczna poza dotychczas uprawnionymi osobami (czyli osobami upoważnionymi przez pacjenta za życia oraz przedstawicielem ustawowym) dokumentację medyczną ma obowiązek udostępniać osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu za życia pacjent. Sprzeciw złożony przez pacjenta lub osobę bliską należy dołączyć do dokumentacji medycznej. Jeżeli został zgłoszony ustnie – należy odnotować ten fakt również w dokumentacji medycznej.

Istnieją dwie sytuacje, w których taki sprzeciw nie będzie skuteczny:

- w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta;
- dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.

O powyższym decyduje sąd na wniosek złożony przez osobę bliską. Sąd może wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej i określić zakres jej udostępnienia. W przypadku, gdy po śmierci pacjenta dochodzi do konfliktu pomiędzy osobami bliskimi i w konsekwencji do wzajemnego utrudniania sobie dostępu do dokumentacji medycznej, o dostępie do dokumentów zmarłego

rozstrzygać będzie sąd. Wniosek
w tej sprawie może złożyć osoba bliska lub lekarz.

Weryfikacja osób bliskich może nastąpić na podstawie przekazanego oświadczenia, np. o pozostawaniu we wspólnym pożyciu bądź poprzez inne dokumenty, w których wpisano adres zamieszkania tożsamy z adresem pacjenta. Przepisy prawa powszechnie obowiązującego nie precyzują za pomocą jakich środków można dokonywać weryfikacji takiej osoby lub osób. Oznacza to, że w tym procesie można korzystać ze środków w dowolnej formie. Osoba wnioskująca o udostępnienie dokumentacji medycznej może przedłożyć dowolny, wiarygodny dokument wskazujący na jej bliskie relacje z pacjentem, np. wskazujący na prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego, a placówka medyczna powinna racjonalnie ocenić przedłożone dokumenty i zobowiązanie takiej osoby, aby nie doszło do ograniczenia osobom bliskim ich praw.

5. Darmowe udostępnienie pierwszej kopii dokumentacji medycznej

4 maja 2019 r. weszły w życie ważne zmiany w przepisach dotyczących opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej. Nowe zasady są efektem zmian, zawartych w ustawie wprowadzającej unijne rozporządzenie o ochronie danych osobowych, czyli tzw. RODO. Ustawa porządkuje przepisy, ostatecznie rozstrzygając, że pierwsza kopia dokumentacji medycznej powinna być wydana pacjentowi za darmo. Każdy dokument z dokumentacji medycznej zostanie pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu udostępniony nieodpłatnie. Przy kolejnym wniosku pacjentowi bezpłatnie zostanie udostępniona ta część dokumentacji, której wcześniej nie otrzymał. Za każde ponowne udostępnienie tych samych dokumentów placówka medyczna może pobrać opłatę, której maksymalne stawki określa ustawa.

6. Przechowywanie dokumentacji medycznej

Jak stanowi art. 24 ust. 1 ustawy, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną, zgodnie z przepisami prawa. Dokumentacje uważa się za zabezpieczoną, w sytuacji gdy w sposób ciągły są spełnione łącznie warunki: zapewniona jest dostępność wyłącznie dla osób uprawnionych, stosuje się metody i środki ochrony dokumentacji, których skuteczność jest powszechnie uznawana. Zaznaczyć należy, że podmioty

udzielające świadczeń zdrowotnych są zobowiązane do prawidłowego zabezpieczenia dokumentacji medycznej w sytuacji likwidacji lub przeniesienia miejsca udzielania świadczeń. Sytuacje zawiruszenia, zgubienia, zniszczenia, udostępnienia osobom postronnym są prawnie nieakceptowalne.

XI. ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE

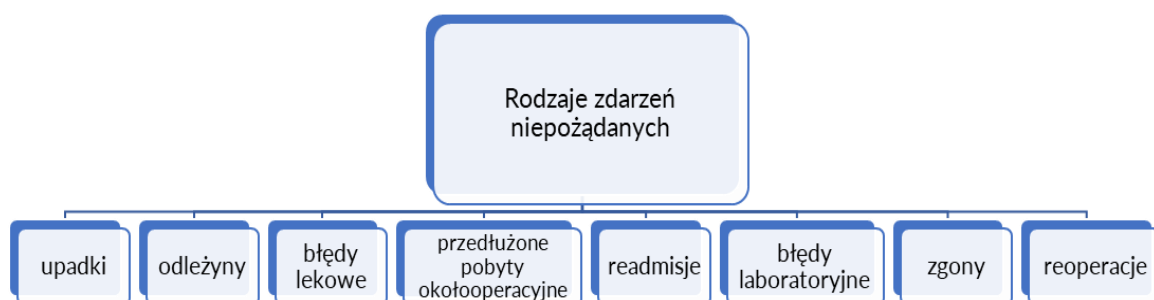
Jednym z obszarów, który powinien pozostawać w szczególnym zainteresowaniu kierowników szpitali jest bezpieczeństwo pacjentów. Z bezpieczeństwem pacjentów nierozzerwalnie wiąże się pojęcie zdarzeń niepożądanych. Zdarzenie niepożądane to każde zdarzenie natury medycznej wywołujące negatywne skutki u pacjenta lub uczestnika badania klinicznego. Zdarzenie niepożądane jest więc szkodą wywołaną w trakcie diagnostyki i/lub leczenia, nie związaną z naturalnym przebiegiem choroby i stanem zdrowia pacjenta oraz ryzykiem wystąpienia szkody. Do zdarzeń niepożądanych zaliczyć możemy przede wszystkim: urazy, samowolne oddalenia pacjentów bądź próby oddalenia ze szpitali, autoagresja, agresja czynna ze strony pacjentów, samobójstwa, podanie niewłaściwego leku, przemoc seksualna czy wystąpienia zakażenia szpitalnego. Zdarzenie niepożądane wynika, więc z określonych braków lub nieomogów systemowych połączonych z konkretnymi uwarunkowaniami i okolicznościami środowiska pracy.

O zaistnieniu zdarzenia niepożądanego dowiadujemy się zwykle na podstawie informacji od samych pacjentów lub ich rodzin w wyniku obserwacji dokonywanych w trakcie wizytacji oddziałów lub na podstawie zgłoszeń personelu medycznego. Pozyskując informację o wystąpieniu któregośkolwiek z powyższych rodzajów zdarzeń niepożądanych kierownicy podmiotów medycznych zobowiązani są do podjęcia działań naprawczych i zapobiegających występowaniu takich zdarzeń w przyszłości. Czasem konieczne staje się także powiadomienie odpowiednich służb jak np. organy ścigania.

Co zrobić kiedy wystąpiło zdarzenie niepożądane?	Jak zmniejszyć możliwość wystąpienia zdarzenia niepożądanego?	Dobre praktyki w zakresie zdarzeń niepożądanych

zweryfikować czy istnieje potencjalna możliwość ponownego wystąpienia zdarzenia niepożądanego	edukacja personelu w zakresie zdarzeń niepożądanych i sposobów ich minimalizowania	stworzenie obowiązkowych i dobrowolnych systemów zgłaszania zdarzeń niepożądanych (dalej: ZN) w podmiotach medycznych
bezpośrednio po wystąpieniu zdarzenia należy zapewnić opiekę pacjentowi, w tym także w miarę potrzeb opiekę psychologiczną	zapewnienie wzmożonego nadzoru nad pacjentami niesamodzielnymi, wykazującymi tendencje do samowolnego opuszczania podmiotu leczniczego	stworzenie regulacji w zakresie braku sankcji dotyczących zgłaszania ZN i jasnego określenia zasad poufności danych
powiadomić odpowiednie organy nadzoru	zapewnienie odpowiedniej obsady personelu oddziałowego	określenie kategorii ZN
przeprowadzić analizę przyczyn źródła zdarzenia	zapewnienie wsparcia psychologicznego pacjentom oraz personelowi szpitalnemu	zachęcenie całego personelu, nie tylko medycznego, do zgłaszania ZN
	prowadzenie rejestru zdarzeń i wykorzystywanie wniosków z zaistniałych zdarzeń	umożliwienie pacjentom i ich rodzinom i innym osobom bliskim pacjentów zgłaszania ZN
		system zgłaszania ZN powinien być odseparowany od systemu skarg i zażaleń, systemu dyscyplinarnego korporacji zawodowych i spraw sądowych
		personel który zgłasza ZN winien być chroniony przed postępowaniem dyscyplinarnym i sądowym
		zapewnienie poufności i odpowiedniej anonimizacji danych
		rozpowszechnienie wniosków i informacji wśród personelu placówki medycznej dotyczących zgłoszonego ZN oraz kierowanie informacji

		zwrotnej do zgłaszającego
		opracowanie procedur na rzecz poprawy jakości
		podmiot leczniczy ma powołany zespół dla poprawy jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych
		opracowanie, przeprowadzanie i analiza ankiet satysfakcji pacjentów



XII. ZAKAŻENIA SZPITALNE

Zakażenia szpitalne to takie zakażenia, które są związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Stanowią one poważny problem wszystkich szpitali, nawet w krajach o najwyższych standardach opieki zdrowotnej. Szacuje się, że zakażenia szpitalne dotyczą nawet co dziesiątego leczonego szpitalnie.

Źródła zakażeń:

- ☞ brudne ręce personelu medycznego,
- ☞ używanie niejałowego sprzętu,
- ☞ skażone otoczenie chorego,
- ☞ przyjmowanie pacjentów wymagających szczególnych warunków hospitalizacji bez ich zapewnienia,
- ☞ zatrudnianie personelu nieprzygotowanego do pracy w szpitalach,
- ☞ nieprawidłowe funkcjonowanie systemu kontroli zakażeń,
- ☞ niestosowanie obowiązujących procedur i standardów.

Zakażenia szpitalne wydłużają pobyt w szpitalu, powodują powikłania prowadzące nawet do niepełnosprawności. Wpływa to pośrednio na zwiększenie kosztów leczenia oraz generowanie kosztów roszczeń pacjentów z tytułu zakażenia z winy szpitala. Narzędziem służącym ograniczeniu przypadków zakażeń szpitalnych jest prawidłowo działający system zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych. Nieodłącznym elementem tego systemu jest zespół kontroli zakażeń szpitalnych.

Dobre praktyki mające na celu minimalizowanie liczby zakażeń

- Zapewnienie odpowiedniej liczby lekarzy specjalistów, pielęgniarek epidemiologicznych w składach Zespołów Kontroli Zakażeń Szpitalnych.
- Zobowiązanie lekarzy do wypełniania kart zakażenia na bieżąco, tj. w momencie rozpoznania zakażenia i niezwłocznego ich przekazywania do Zespołów Kontroli Zakażeń Szpitalnych.
- Wprowadzenie procedury identyfikacji ogniska epidemicznego.
- Zobowiązanie lekarzy do rzetelnego prowadzenia wszelkiej dokumentacji związanej z zakażeniami.
- Montowanie instalacji wentylacyjnych oraz klimatyzacji na oddziałach szpitalnych.
- Wykonywanie okresowych przeglądów, czyszczenia, dezynfekcji bądź napraw urządzeń wentylacyjnych i klimatyzacyjnych.
- Prowadzenie edukacji personelu w zakresie unikania zakażeń szpitalnych.
- Organizowanie, zgodnie z obowiązującymi przepisami izolatek na oddziałach szpitalnych.
- Wprowadzenie procedury mycia i dezynfekcji rąk.
- Wprowadzenie procedury mycia, dezynfekcji i sterylizacji pomieszczeń oraz sprzętu medycznego.
- Wprowadzenie procedur postępowania z bielizną szpitalną czystą i brudną.
- Stosowanie środków ochrony osobistej.
- Izolacja chorych zakażonych pacjentów.
- Wprowadzenie programu monitorowania zakażeń.
- Opracowanie polityki antybiotykowej.

XIII. Opieka psychiatryczna

Ustawodawca szczególną pieczę rozciągnął na pacjentów małoletnich oraz pacjentów objętych opieką psychiatryczną. Szpital psychiatryczny to miejsce udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Wykaz i warunki realizacji tychże świadczeń gwarantowanych określają załączniki do aktualnego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Świadczenia udzielane są na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

W Polsce działa ponad 300 placówek wspierających całodobowo osoby wymagające pomocy z powodu kryzysu psychicznego czy uzależnienia.

Rodzaje oddziałów psychiatrycznych	
Ogólnopsychiatryczne	przeznaczone są dla pacjentów dorosłych, którzy zmagają się z zaburzeniami lub chorobą psychiatryczną, wymagających zdiagnozowania lub/ i leczenia
Dla dzieci i młodzieży	udzielające całodobowej pomocy najmłodszym pacjentom, do ukończenia 18 roku, czasem w szczególnej sytuacji także i starszym, którzy są uczniami szkół ponadpodstawowych; zapewniają nie tylko pomoc medyczną, ale także możliwość kontynuacji nauki w szkole przyszpitalnej
Sądowe	przebywają w nich osoby, które dopuściły się czynów zabronionych, ale w chwili ich dokonywania działały w stanie niepoczytalności, czyli nie mogły rozpoznać ich znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych
Psychiatryczne zakłady opiekuńczo-lecznicze	to miejsce przeznaczone dla pacjentów, którzy zakończyli leczenie szpitalne, ale ze względu na stan zdrowia nadal wymagają całodobowej opieki medycznej. Długość pobytu

	w zakładzie opiekuńczo-leczniczym jest uzależniona od indywidualnego stanu zdrowia pacjenta i wynosi od kilku tygodni do kilku, a nawet kilkunastu lat
Leczenia uzależnień	zajmują się leczeniem osób uzależnionych od alkoholu, narkotyków, leków, patologicznego hazardu i innych
Hostel	to miejsce czasowego zamieszkania i terapii dla osób z zaburzeniami psychicznymi (rozpoznanymi i ustabilizowanym stanie zdrowia), z trudnościami w podejmowaniu ról społecznych. Hostel nie jest docelowym miejscem zamieszkania, zakłada ograniczony czas terapii, przygotowuje do pełnienia ról społecznych i zawodowych w środowisku społecznym pacjenta

1. Przymus bezpośredni

Przymus bezpośredni jest działaniem podejmowanym przez osoby do tego upoważnione w stosunku do osoby z zaburzeniami psychicznymi wbrew jej woli.

Wyróżniamy cztery formy przymusu bezpośredniego:

- przytrzymanie – doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej,
- przymusowe zastosowanie leków – doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby – bez jej zgody,
- unieruchomienie – obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa,
- izolację – umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu.

2. Kiedy przymus bezpośredni może być zastosowany?

Zgodnie z art. 18 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, przymus bezpośredni można zastosować wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi czy chorej psychicznie, wtedy kiedy pacjent dopuszcza się zamachu na zdrowie swoje lub innej osoby, działa przeciw bezpieczeństwu powszechnemu, kiedy w sposób gwałtowny niszczy lub uszkodza przedmioty znajdujące się w jego otoczeniu, lub poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie szpitala psychiatrycznego. Przymus

bezpośredni można także stosować, aby zapobiec samowolnemu opuszczeniu szpitala psychiatrycznego przez pacjenta przebywającego w nim bez zgody.

3. Kto podejmuje decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego?

Decyzja ta należy do lekarza, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. W wyjątkowych sytuacjach decyzję taką może podjąć również pielęgniarz.

4. Zastosowania przymusu bezpośredniego

Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty. Przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby. Jednocześnie tej osobie należy odebrać przedmioty, które mogą być niebezpieczne dla życia lub zdrowia jej albo innych osób, są to np.: przedmioty ostre, okulary, protezy zębowe, pas, szelki, sznurowadła i źródło ognia.

Przymus bezpośredni jest stosowany początkowo na 4 godziny, a następnie może być przedłużany na kolejne okresy 6-godzinne i powinien trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania.

a) Unieruchomienie

Jedną z najpowszechniejszych metod przymusu bezpośredniego bywa unieruchomienie pacjenta. Unieruchomienie jest dłużej trwającym obezwładnieniem osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa. Za optymalny sposób unieruchomienia uznaje się pasy służące do umocowania pacjenta do łóżka. Przed unieruchomieniem należy zabezpieczyć pacjenta przed możliwymi urazami czy też innymi zdarzeniami niepożądanymi, np. zadławieniem protezą zębową. Pacjent powinien być przytrzymany w taki sposób, by można go było położyć na boku w przypadku potrzeby reanimacji, podania kroplówki czy wykonania zastrzyku. Pasy mocuje się na wierzchu łóżka, zapinając ich końce do ramy. W trakcie stosowania przymusu bezpośredniego, jeżeli stan pacjenta na to pozwala, jest on częściowo uwalniany w celu zaspokojenia potrzeb fizjologicznych. Czas trwania przymusu bezpośredniego wyznaczony jest przez podjęcie działań zapobiegających lub eliminujących przyczyny jego zastosowania i wiąże się z

umożliwieniem podania leków wyciszających agresję czy pobudzenie pacjenta, względnie do czasu, gdy ustanie bezpośrednie zagrożenie dla jego życia lub zdrowia.

b) Izolacja

Innym rodzajem przymusu bezpośredniego jest izolacja pacjenta w sali połączonej z toaletą i łazienką. Sala jest monitorowana, stąd personel ma całodobowy wgląd w zachowanie pacjenta, kontroluje czy ulega ono poprawie. Pomieszczenie przeznaczone do izolacji powinno zabezpieczać przed uszkodzeniem ciała pacjenta, a zarazem odpowiadać pod względem warunków bytowych i sanitarnych innym pomieszczeniom szpitala psychiatrycznego lub domu pomocy społecznej.

5. Uprawnienia w Szpitalu psychiatrycznym

➤ Odwiedziny

Odwiedziny osób przebywających na oddziałach psychiatrycznych odbywają się codziennie, najczęściej poza godzinami zajęć rehabilitacyjnych. Zazwyczaj ujęte jest to w regulaminach oddziałów, ogłoszeniach wywieszanych na tablicach czy drzwiach wejściowych. Na oddziałach powinny być wyznaczone do tego celu miejsca, sale odwiedzin. Mogą się zdarzyć sytuacje, kiedy odwiedziny osoby bliskiej negatywnie wpływają na stan zdrowia, stanowić mogą nawet zagrożenie dla jej zdrowia czy życia (np. dostarczanie przez nią środków psychoaktywnych). W takich przypadkach może dojść do ograniczenia odwiedzin. Może to mieć miejsce także w przypadku wystąpienia na oddziale choroby zakaźnej czy zagrożenia epidemiologicznego. Należy zaznaczyć, że są to sytuacje wyjątkowe i polegają na ograniczeniu, nie zaś całkowitym pozbawieniu praw pacjenta do odwiedzin.

➤ A czy pacjent może opuszczać oddział psychiatryczny?

Owszem, takie wyjścia mają różny charakter i najczęściej odbywają się pod opieką personelu bądź osoby bliskiej. Mogą mieć one zarówno formę zorganizowaną, którą będzie spacer z grupą pacjentów, bądź też indywidualną, np. w przypadku wyjścia do kawiarni czy sklepu znajdującego się na terenie szpitala. W przypadku większości oddziałów – w zależności od infrastruktury – pacjenci mogą również samodzielnie poruszać się po terenie szpitala, to tzw. wolne wyjścia, treningi umiejętności społecznych. Kluczowa jest tutaj ocena stanu zdrowia przez lekarza (zwłaszcza

w kontekście zagrożenia życia pacjenta bądź zdrowia lub życia innych osób) i dostosowanie do niego form aktywności. Decyzja jest w tym względzie podejmowana indywidualnie wobec każdego pacjenta.

➤ Przepustki

Kolejną możliwością jest uzyskanie zgody na opuszczeniu terenu szpitala na dłuższy okres np. kilka dni, bez konieczności wypisywania ze szpitala. Osoba z zaburzeniami psychicznymi leczona w szpitalu psychiatrycznym może uzyskać zgodę ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) na okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania z zakładu, jeżeli nie zagraża to jej życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. Jest to tzw. przepustka. Ma ona najczęściej cel terapeutyczny, pozwala na stopniowe zaadaptowanie się w środowisku domowym i weryfikuje uzyskaną poprawę stanu zdrowia. Z takimi sytuacjami mamy miejsce, kiedy pacjent przebywa przez weekend w domu, ale i wtedy, kiedy potrzebuje załatwić ważną dla siebie sprawę w sąsiedniej miejscowości czy udać się na zaplanowaną kilka miesięcy wcześniej kontrolę u lekarza specjalisty.

Należy podkreślić, że kontakt z innymi ludźmi, podtrzymywanie więzi z rodziną, przyjaciółmi, załatwianie ważnych spraw związanych z życiem codziennym, pracą, szkołą ma istotne znaczenie w procesie rehabilitacji osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego.