

Warszawa, dnia 16 września 2015 r.

KMP.574.6.2015.MKu

Raport
przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji
z wizytacji oddziału psychiatrycznego
Szpitala Specjalistycznego im. Ludwika Rydygiera w Krakowie

1. Wstęp

Na podstawie artykułu 19 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192), zwaną dalej: OPCAT, oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniu 23 czerwca 2015 r. do Szpitala Specjalistycznego im. Ludwika Rydygiera w Krakowie udali się przedstawiciele Zespołu „Krajowy Mechanizm Prewencji” (dalej: KMP, mechanizm): Justyna Lewandowska (dyrektor Zespołu, prawnik), Dorota Krzysztoń (kryminolog), Przemysław Kazimirski oraz Marcin Kusy (prawnicy). W przeprowadzonych czynnościach uczestniczyli również przedstawiciele Komisji Praw Człowieka Republiki Korei: Jaejin Lee, Meehyum Song, Chaitto Lim i Doojin Sohn, będący uczestnikami wizyty studyjnej zorganizowanej w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich.

W wizytacji wzięli udział także: przedstawiciel Biura Pełnomocnika Terenowego RPO w Katowicach Michał Kleszcz (prawnik) oraz ekspertka KMP – Kama Katarasińska-Pierzgalska (lekarz psychiatra), której ekspertyza z wnioskami została ujęta w treści niniejszego raportu.

Celem wizytacji zapobiegawczej przedstawicieli KMP było sprawdzenie na miejscu sposobu przestrzegania praw osób umieszczonych w oddziale psychiatrycznym (dalej: oddział), dokonując oceny pod względem ich ochrony przed torturami oraz innym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem. Reprezentanci mechanizmu interesowali się szczególnie traktowaniem pacjentów przebywających w oddziale bez zgody [na podstawie art. 23 ust. 1, art. 24 ust. 1, art. 28 i art. 29 ust.1 ustawy z dnia 19 sierpnia

1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz.1375 j.t. ze zm.) dalej: ustawa].

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- przeprowadzono rozmowę z lek. med. Bożeną Kozanecką – dyrektorem ds. leczenia oraz lekarzem pełniącym funkcję ordynatora wizytowanego oddziału;
- dokonano oglądu pomieszczeń, w tym: pokoi pacjentów, sanitariatów, sal terapii;
- w toku oglądu przeprowadzono rozmowy z pracownikami oddziału;
- przeprowadzono rozmowy indywidualne z wybranymi pacjentami;
- poddano analizie wybraną dokumentację.

Dyrektor szpitala nie mogła być obecna na rozmowie podsumowującej z uwagi na inne obowiązki służbowe. W związku z tym, ustalenia dokonane w ramach powyższych czynności wizytujący przekazali lekarzowi p.o. ordynatora oddziału oraz pielęgniarce oddziałowej i wysłuchali ich uwag i wyjaśnień.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano wybraną dokumentację związaną z funkcjonowaniem oddziału.

2. Charakterystyka wizytowanych oddziału

Opieka psychiatryczna w szpitalu im. L. Rydygiera w Krakowie realizowana jest w ramach Centrum Zdrowia Psychicznego, którego struktura obejmuje: Poradnię Zdrowia Psychicznego (świadczenia psychiatryczne dla dorosłych), Poradnię Leczenia Uzależnień (leczenie uzależnień, leczenie substytucyjne), oddział psychiatrii oraz pododdział detoksykacji w oddziale toksykologii i chorób wewnętrznych (leczenie zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych).

Oddział psychiatrii jest zlokalizowany w szpitalu wielospecjalistycznym. Jest on oddziałem koedukacyjnym, przeznaczonym dla osób dorosłych. Obowiązujący w dniu wizytacji kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia obejmował 35 łóżek. Według informacji uzyskanych od pracowników oddziału, jego pojemność wynosi do 40 osób - w dniu wizytacji przebywało w nim 41 pacjentów. Stan ten nie wymagał jednakże organizowania miejsc dla chorych na korytarzu. W razie ich braku, pacjenci wymagający opieki psychiatrycznej w oddziale całodobowym są kierowani do szpitala psychiatrycznego im Biegańskiego w Krakowie.

3. Legalność pobytu

Zastrzeżenia eksperta KMP budzi sposób prowadzenia dokumentacji dotyczącej przyjęć lub zatrzymania pacjenta wbrew woli. Uchybienia dotyczyły wskazania różnych podstaw prawnych hospitalizacji bez zgody pacjenta. W zawiadomieniu o przyjęciu bez wymaganej ustawowo zgody pacjentki (dane osobowe usunięto) wskazano zarówno art. 22§5 ustawy, jak i art. 23§1 ustawy. Natomiast w historiach choroby pana (dane osobowe usunięto) oraz pani (dane osobowe usunięto) jako podstawę prawną przyjęcia wskazano art. 23 ustawy, tymczasem pacjenci ci wycofali zgody na leczenie, zatem zostali oni zatrzymani w szpitalu na podstawie art. 28 ustawy.

Chociaż ocena zasadności przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta należy do kompetencji sądu opiekuńczego, po stronie lekarzy przyjmujących pacjenta oraz zatwierdzającego przyjęcie kierownika oddziału należy do zachowania staranności w ocenie przesłanek do przyjęcia bez zgody oraz jasne i prawidłowe prowadzenie dokumentacji, co w tej sytuacji nie zostało spełnione. Dokumentacja, w tym zawiadomienie kierownika szpitala psychiatrycznego, powinny być spójne i jednoznacznie wskazywać na zastosowaną podstawę prawną (przyjęcie w szpitalu: art 23 i 24 ustawy, zatrzymanie: art 28 ustawy).

Każdorazowo o przyjęciu pacjenta do szpitala decyduje lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym zbadaniu pacjenta. Jego decyzje zatwierdzane były przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia. Dyrektor szpitala zawiadamiał o tym sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin. P.o. ordynatora oddziału wskazał na długi okres oczekiwania na postanowienia sądu o stwierdzeniu zasadności hospitalizacji pacjenta bez zgody. Z jego informacji wynika, że nie było przypadku aby sąd wydał decyzję o niezasadności pobytu pacjenta w szpitalu, jednakże niejednokrotnie postanowienie sądu było dostarczone po wypisie pacjenta do domu. Wskazać w tym miejscu należy, iż w oddziale, od dnia 14 maja 2015 r. przebywał pacjent (dane osobowe usunięto), w sprawie którego sąd przeprowadził rozprawę w dniu 27 maja br. Do dnia wizytacji szpital nie otrzymał postanowienia sądu co do istoty sprawy. Również analiza dokumentacji pacjenta (dane osobowe usunięto) wykazała, iż w dniu 5 maja 2015 r. odbyła się sprawa o stwierdzenie zasadności przyjęcia go do szpitala, zaś do dnia wizytacji nie wpłynęło postanowienie sądu w tej kwestii. Zdaniem przedstawicieli mechanizmu praktyka ta może świadczyć o braku sądowej kontroli legalności pobytu. Postanowienia sądu w opisywanej kwestii, traktującej o pozbawieniu wolności pacjenta, powinny być wydawane niezwłocznie.

4. Traktowanie

Zgodnie z przekazanymi przez administrację szpitala informacjami, wobec personelu oddziałów nie były prowadzone postępowania dyscyplinarne ani sądowe związane z traktowaniem pacjentów. Nie było także zawiadomień o podejrzeniu popełnienia przestępstwa przez pracowników placówki.

Prawa i obowiązki pacjentów sprecyzowane są w regulaminie dla pacjentów oddziału psychiatrycznego. Wizytujący nie mają zastrzeżeń do jego postanowień. W oddziale dostępna jest książka skarg. W dniu wizytacji nie posiadała ona wpisów.

Opierając się na rozmowach przedstawicieli mechanizmu, przeprowadzonych z pacjentami, należy stwierdzić, że w oddziale nie mają miejsca przypadki niewłaściwego traktowania, słownego czy też fizycznego. Ponadto pacjenci wskazywali, że w oddziale panuje dobra atmosfera, a personel dba o ich potrzeby. Rozmówcy wizytujących zaznaczyli, że pracownicy szpitala zwracają się do nich używając grzecznościowej formy Pan/Pani. Ponadto pacjenci potwierdzili informacje uzyskane od administracji, iż w oddziale nie są stosowane żadne środki dyscyplinarne. Również analiza raportów pielęgniarских wykazała, iż pacjenci nie ponoszą konsekwencji za naruszenie regulaminu.

Reprezentanci KMP, mając na uwadze wyniki rozmów oraz własne obserwację, dobrze oceniają sposób odnoszenia się przez personel do pacjentów.

Formą przymusu bezpośredniego, stosowaną w oddziale jest unieruchomienie pacjenta. W oddziale nie ma pomieszczenia do izolacji gdyż, zgodnie z wyjaśnieniami personelu, ta forma przymusu bezpośredniego nie jest wykorzystywana. Pacjenci unieruchomieni przenoszeni są do sali nadzoru, a jeśli jest konieczność zastosowania unieruchomienia w sali wieloosobowej, stosowane są parawany w celu zapewnienia unieruchomionemu pacjentowi intymności. Informacji tych w rozmowach nie potwierdzali pacjenci. Pracownicy BRPO zalecają każdorazowe zapewnienie intymności osobom unieruchamianym w salach osobowych. Pacjenci podawali także, iż regułą jest, że w czasie trwania unieruchomienia korzystają z kaczki lub basenu w celu załatwienia potrzeb fizjologicznych. Tymczasem, zgodnie z § 11 ust. pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz.U. z 2012 r., poz.740), dalej: rozporządzenie, pielęgniarka zapewnia krótkotrwałe częściowe albo całkowite uwolnienie osoby z zaburzeniami psychicznymi od unieruchomienia w celu zmiany jej pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej niż co 4 godziny. Ze względów humanitarnych oraz kierując się

obowiązującymi przepisami, przedstawiciele KMP zalecają wykorzystywanie chwilowych zwolnień pacjentów z unieruchomienia również w celu umożliwienia im skorzystania z WC.

Od początku roku do dnia 20.06.2015 w oddziale zastosowano przymus bezpośredni pod postacią unieruchomienia magnetycznymi pasami bezpieczeństwa lub kaftanem bezpieczeństwa 54 razy.

Decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego podejmuje lekarz. Decyduje on o rodzaju zastosowanego środka, informuje o tym pacjenta i nadzoruje jego wykonanie. W sytuacji, gdy nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza (przebywa np. w SOR) decyzję podejmuje pielęgniarka, która niezwłocznie zawiadamia o tym lekarza. W przypadku stosowania unieruchomienia o pomoc proszeni są pracownicy grupy interwencyjnej, działającej na terenie szpitala. Formalnie są oni zawiadamiani telefonicznie za pośrednictwem SOR, personel oddziału nie wzywa grupy interwencyjnej samodzielnie. Zdaniem eksperta KMP, w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom oraz personelowi, wskazane byłoby umożliwienie wezwania grupy interwencyjnej bezpośrednio przez personel oddziału, bez pośrednictwa SOR, gdyż zastana praktyka wydłuża w sposób znaczny czas przybycia grupy.

W przypadku stosowania unieruchomienia zakładana jest karta jego przebiegu, w której odnotowuje się powód zastosowania przymusu, jego rodzaj oraz wpisuje się co 15 minut obserwacje dotyczące stanu pacjenta. Karty te znajdowały się w historiach choroby pacjentów. Zawierały one wymagane wpisy. W części historii chorób znajdowały się dodatkowo wpisy lekarzy dotyczące okoliczności zastosowania i przebiegu unieruchomienia. Wpisy te były zgodne z wpisami z raportów pielęgniarskich.

Ekspert KMP zwróciła uwagę, że uzasadnienia zastosowania przymusu bezpośredniego były często lakoniczne np. „agresja czynna”. Ponadto jako powód przedłużenia unieruchomienia podawano „nie ustały przesłanki”. Tak ogólny opis miał miejsce m.in. w sytuacji najdłuższego unieruchomienia, trwającego ponad tydzień (dane osobowe usunięto). Zastrzeżenia eksperta wzbudził zarówno fakt zbyt ogólnikowego uzasadnienia zastosowania przymusu wobec (dane osobowe usunięto), jak i zasadność czasu jego trwania wobec informacji, że w czasie unieruchomienia pacjent ten miał możliwość zapoznania się z dokumentacją medyczną oraz sporządzenia wniosków pisemnych.

Jak wspomniano wyżej, stwierdzone najdłużej stosowane unieruchomienie trwało 8 dni. Karta zastosowania unieruchomienia zawierała adnotacje lekarza o przedłużeniu unieruchomienia, jednakże ekspert KMP nie odnalazła informacji o zatwierdzeniu przedłużenia unieruchomienia po 16 godzinach przez drugiego lekarza oraz o powiadomieniu

ordynatora oddziału po 24 godzinach trwania unieruchomienia. Praktyka ta jest niezgodna z §4 rozporządzenia.

Biorąc pod uwagę zarówno powyższe zastrzeżenia, jak i informację, iż w ostatnich latach personel nie odbywał szkoleń z zakresu środków przymusu bezpośredniego, konieczne jest pilne zorganizowanie takiego szkolenia zarówno dla personelu pielęgniarskiego, lekarskiego, jak i grupy interweniującej.

Zgodnie z uzyskanymi od personelu informacjami, pacjenci, którzy nie mieli zgody na opuszczenie oddziału, nie mogli wziąć udziału w wyborach powszechnych. Komisja wyborcza bowiem zorganizowana była na terenie szpitala, jednakże poza oddziałem, zaś administracja nie zapewniła przenośnej urny. W opinii przedstawicieli mechanizmu sytuacja ta stanowiła naruszenie art. 62 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Wizytujący zalecają zatem umożliwienie udziału w wyborach powszechnych wszystkim pacjentom, którzy zgłoszą taką potrzebę.

5. Prawo do ochrony zdrowia

Szpital poza całodobową opieką psychiatryczną zapewnia również dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów z innych oddziałów specjalistycznych. Konsultacje mogą odbywać się przez cały tydzień, bez ograniczeń czasowych. Opiekę internistyczną zapewnia pacjentom lekarz chorób wewnętrznych. W razie konieczności pacjent oddziału psychiatrycznego jest przenoszony do oddziału o innym profilu. Pacjenci mogą korzystać z pełnej bazy diagnostycznej szpitala: laboratorium, pracowni badań obrazowych, elektrofizjologicznych. Badania są zlecane w zależności od oceny stanu ogólnego pacjenta.

Zdaniem eksperta KMP dostęp do konsultacji innych specjalistów oraz badań diagnostycznych jest wystarczający.

Wszyscy pacjenci przyjmowani do oddziału mieli wykonane badanie stanu fizycznego, podstawowe badania laboratoryjne i badanie EKG. Badania te, w razie konieczności, były powtarzane w trakcie hospitalizacji.

W zakresie opieki psychiatrycznej dostępna jest większość leków zarejestrowanych w Polsce. W czasie wizytacji nie był dostępny jeden z doustnych leków przeciwpsychotycznych II generacji (trwały starania o wprowadzenie go do receptariusza) oraz jeden z dwóch zarejestrowanych leków przeciwpsychotycznych drugiej generacji w formie iniekcji o przedłużonym działaniu. Niezależnie od przyczyn takiego stanu rzeczy wizytujący zalecają, aby w oddziale była możliwość stosowania wszystkich leków zarejestrowanych w Polsce. Jak ustaliła ekspert KMP, jeżeli pacjent przyjmowany do oddziału był leczony którymś z

brakujących leków, lekarz podejmował się zmiany leczenia (co nie jest wskazane w przypadku dobrej skuteczności danego leku) lub wymagał dostarczenia leku własnego. Takie postępowanie należy uznać za niewłaściwe gdyż, zgodnie z art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.), hospitalizowany pacjent ma zapewnione leczenie w zakresie jaki wynika z oceny jego stanu zdrowia oraz wskazań medycznych. Szpital ma obowiązek zapewnienia pacjentowi bezpłatnych leków i wyrobów medycznych jeśli są one konieczne do wykonania świadczenia stanowiącego bezpośrednią przyczynę hospitalizacji - dotyczy to zarówno schorzenia podstawowego jak i schorzeń współistniejących.

W opinii eksperta KMP stan zdrowia pacjentów rzetelnie oceniany był podczas przyjmowania pacjenta do oddziału - historie choroby zawierały ocenę stanu somatycznego, psychicznego, okoliczności hospitalizacji, wyniki badań podstawowych.

Dokumentacja medyczna dotycząca stanu zdrowia pacjenta jest prowadzona starannie, obserwacje lekarskie są odnotowywane codziennie. Zawierają istotne dane na temat stanu pacjenta, prowadzonego leczenia, ewentualnych okoliczności stosowania przymusu bezpośredniego. Obserwacje lekarskie są wpisywane do systemu komputerowego, a papierowa wersja historii choroby jest drukowana po zakończeniu hospitalizacji.

Analizowane historie choroby zawierały wpisy konsultacji specjalistycznych oraz wyniki wykonywanych badań.

Dokumentacja prowadzona przez pielęgniarki obejmuje obszernie i standaryzowane raporty pielęgniarskie. Zawierają one m.in informacje na temat: ruchu pacjentów w oddziale, stosowania przymusu bezpośredniego, a także karty obserwacyjne pacjentów (parametry RR, HR i inne), karty monitorowania płynów i posiłków, bilanse płynów, karty cukrzycowe, stosowane wlewy iv, założone cewniki naczyniowe, dozór przy zażywaniu leków, zlecenia szczególne, obserwacje jednostkowe pacjentów (np unieruchomionych, pacjentów z ryzykiem samobójczym).

6. Prawo do informacji

W związku z tym, iż w szpitalu nie ma rzecznika praw pacjenta psychiatrycznego, pacjenci oddziału mogą zgłaszać skargi i wnioski do powołanego przez administrację szpitala pełnomocnika praw pacjenta.

W oddziale wywieszono zostały informacje dotyczące planu pracy oddziału, opieki duszpasterskiej, telefonów alarmowych. Przedstawiciele KMP zalecają uzupełnienie podanych informacji o regulamin oddziału, dane kontaktowe organów ochrony praw

człowieka m.in. Biura Rzecznika Praw Obywatelskich (łącznie z numerem darmowej infolinii) i organizacji pozarządowych (np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka) oraz dostępie do powołanego przez szpital pełnomocnika praw pacjenta.

Osoby przyjmowane do oddziału zapoznawane są z prawami i obowiązkami oraz dostępie do praktyk religijnych. Analiza dokumentacji indywidualnej pozwala na potwierdzenie tej praktyki.

Na życzenie pacjenta dokumentacja medyczna jest mu udostępniana do wglądu przez lekarza prowadzącego. Pacjenci pytani o to, czy wiedzą o takiej możliwości udzielali różnych odpowiedzi, większość twierdziła, że nie ma takiej potrzeby. Pacjenci uważali, że lekarze informują ich w sposób wystarczający o stosowanym leczeniu i wykonywanych badaniach diagnostycznych.

Osoby przebywające w szpitalu bez zgody, miały dostęp do opinii wykonanych na potrzeby sądu i wiedzy o procedurze sądowej związanej z ich przypadkami.

7. Prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym

Pacjenci mają zapewniony kontakt ze światem zewnętrznym, poprzez prowadzenie korespondencji, rozmowy telefoniczne (ogólnie dostępny aparat samoinkasujący oraz nieograniczony dostęp do telefonów komórkowych), dostęp do internetu oraz odwiedziny. W zależności od stanu psychofizycznego, chorzy mają też możliwość korzystania z przepustek i wyjść poza placówkę. Pacjenci mogą korzystać również z przepustek weekendowych, trwają one cały dzień, na noc pacjenci wracają do oddziału. Zdaniem eksperta KMP należy rozważyć możliwość udzielania dłuższych (np 2-dniowych) przepustek „z nocowaniem”, szczególnie wobec pacjentów długo hospitalizowanych oraz szykowanych do wypisu. Przepustka taka może służyć ułatwieniu adaptacji pacjenta do życia poza szpitalem oraz zweryfikowaniu stanu pacjenta (poprawa obserwowana w warunkach szpitala, który jest swoistego rodzaju środowiskiem ochronnym, może okazać się niewystarczająca w zetknięciu z wymogami i trudami życia w naturalnym środowisku).

Odwiedziny pacjentów odbywają się codziennie od poniedziałku do piątku w godzinach 14³⁰ – 18³⁰ oraz w soboty, niedziele i święta od 10⁰⁰ do 18⁰⁰. Odwiedziny realizowane w oddziale oraz w bufecie na terenie szpitala. Pacjenci mający wolne wyjścia mogą udać się z odwiedzającymi na świeże powietrze. Z informacji udzielonej przez pielęgniarkę oddziałową spotkania nie są ograniczane wiekiem odwiedzających.

Pacjenci których stan zdrowia na to pozwala, mają systematycznie organizowane wyjścia na spacer, inni opuszczają budynek pod opieką terapeuty. Jest też grupa osób, którzy ze względu na swój stan zdrowia nie mogą opuszczać oddziałów.

Pacjenci, z którymi rozmawiali przedstawiciele KMP, nie zgłaszali uwag związanych z kontaktem ze światem zewnętrznym.

8. Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne

Oddziaływania pozafarmakologiczne odbywają się w sali terapii zajęciowej oraz grupowej.

W oddziale zatrudnionych jest 2 terapeutów zajęciowych, prowadzą oni zajęcia od poniedziałku do piątku w godzinach 7⁰⁰- 15⁰⁰. Na wyposażeniu sali są 2 komputery, telewizor, biblioteczka, liczne gry planszowe. W czasie wizytacji z zajęć korzystało kilkanaście osób.

W sali terapii grupowej prowadzone są zajęcia z psychologiem. Nie ma jednakże wywieszonego harmonogramu zajęć, co może utrudniać pacjentom zaplanowanie korzystania z nich.

W sposób ceniony przez pacjentów prowadzona jest terapia zajęciowa. Podczas rozmów indywidualnych chwalili oni warunki, zaangażowanie i kompetencje personelu.

Ekspert KMP wskazała jednakże na brak indywidualnych planów terapeutycznych, uwzględniających poza farmakoterapią oddziaływania psychoterapeutyczne oraz na niewystarczające informacje na temat oferty psychoterapeutycznej - grup wsparcia, psychoedukacji, treningów umiejętności społecznych.

Ekspert pozytywnie oceniła sposób działania Centrum Zdrowia Psychicznego, obejmujący różne formy opieki - stacjonarną i ambulatoryjną, w tym odwykową. Jest to istotne z punktu widzenia ciągłości opieki psychiatrycznej. Jej zdaniem, warto jednak rozważyć organizację oddziału dziennego i zespołu leczenia domowego.

9. Personel

W oddziale zatrudniony jest ordynator: specjalista psychiatra oraz 4 lekarzy. Każdy z lekarzy pracuje przez 4 dni w tygodniu w oddziale oraz przez 1 dzień w poradni zdrowia psychicznego, część także w poradni leczenia uzależnień. Dyżur w dni powszednie rozpoczyna się o godz 15.00. Lekarz dyżurny ma pod swoją opieką pacjentów przebywających w oddziale oraz odbywa, w razie potrzeby, konsultacje w SOR. W razie

konieczności przyjęcia do oddziału psychiatrycznego pacjenta bez zgody, decyzję podejmuje dyżurujący lekarz psychiatra oraz lekarz SOR (innej specjalności).

Średni personel medyczny stanowi 12 pielęgniarek, pielęgniarka oddziałowa oraz 1 pielęgniarka kontraktowa. W ciągu dnia w oddziale w godzinach 8⁰⁰-15⁰⁰ pracują 2 pielęgniarki, w tym pielęgniarka oddziałowa w systemie 8-godzinnego czasu pracy oraz 2 osoby pracujące w systemie 12-godzinnego czasu pracy. Dodatkowo w godzinach dziennych w oddziale pracuje opiekun lub sanitariusz zatrudniony przez NZOZ.

Dyżur nocny pełnią 3 osoby: 3 pielęgniarki lub 2 pielęgniarki i opiekun medyczny.

Dodatkowo w oddziale zatrudnionych jest 2 pielęgniarzy i 4 sanitariuszy (pracowników firmy zewnętrznej). Dostępny jest także personel sprząający.

Według uzyskanych od personelu informacji, w dni powszednie w oddziale codziennie jest 1 psycholog, który pracuje w ramach Centrum Zdrowia Psychicznego.

W ocenie eksperta KMP, obsada lekarska i pielęgniarska jest wystarczająca, zgodna z normami oraz potrzebami funkcjonowania oddziału.

Personel placówki ma adekwatne do zajmowanego stanowiska wykształcenie i sukcesywnie podnosi kwalifikacje w ramach specjalizacji (lekarze), tudzież szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych.

W kwestii szkoleń przedstawiciele KMP zalecają jednocześnie poszerzenie oferty organizowanych szkoleń dla kadry placówki oraz ochroniarzy biorących udział w zastosowaniu przymusu bezpośredniego o szkolenia z zakresu praw pacjenta i środków przymusu bezpośredniego, zaznaczając, że bardzo ważne jest cykliczne powtarzanie tych szkoleń tak, aby nabyta wiedza mogła być uaktualniona i utrwalona.

Rozważenia również wymaga, czy zespół terapeutyczny nie powinien mieć zapewnionej superwizji. Ponieważ jest to praca odpowiedzialna i obciążająca, spojrzenie specjalisty z odpowiednim przeszkoleniem może być pomocne i korzystne dla zespołu.

10. Warunki bytowe

Wejście do oddziału jest zabezpieczone drzwiami, z systemem elektronicznego otwierania, co zmniejsza ryzyko samowolnego opuszczenia oddziału przez pacjenta. Okolica wejścia do oddziału jest monitorowana. Monitoring obejmuje także korytarz, sale obserwacyjne, salę terapii grupowej. Wewnątrz oddziału poza pomieszczeniami przeznaczonymi dla pacjentów (sale chorych, pomieszczenia sanitarne, jadalnia, sala terapii grupowej, sala terapii zajęciowej) znajdują się pomieszczenia dla personelu medycznego: dyżurki pielęgniarskie, gabinet zabiegowy, jak i pokoje lekarskie, pokój badań, pokój lekarza

dyżurnego. Taka organizacja oddziału pozwala na zapewnienie właściwej opieki medycznej, łatwej dostępności personelu medycznego przez całą dobę.

Pomieszczenia szpitalne utrzymane są w czystości. Są oświetlone światłem sztucznym i naturalnym. Panuje w nich odpowiednia do pory roku temperatura. Sale pacjentów są wietrzane i nie ma w nich zaduchu.

Sale chorych są 3 lub 4 - osobowe, część z nich posiada własny węzeł sanitarny. Stan łazienek wspólnych, oddzielnych dla kobiet i mężczyzn, nie budził zastrzeżeń wizytujących.

W salach chorych, przy każdym łóżku, znajduje się system przywołujący personel pielęgniarski. W oddziale są dwa łóżka specjalistyczne Hillroom, ułatwiające opiekę nad pacjentami leżącymi, są też materace przeciwodleżynowe. Każdy z pacjentów ma do dyspozycji przyłóżkową szafkę, z możliwością zamykania jej na klucz. Nadto, w każdej z sal znajdowała się szafa ubraniowa. Chorzy mogą posiadać przy sobie przyrządy do mycia, golenia, telefony, ładowarki, laptopy.

W jednej z sal łóżka nie posiadały dostępu z 3 stron. Jak ustalili wizytujący, sytuacja ta nie wynikała z nadmiernego jej zaludnienia. Pacjenci sami przestawili łóżka aby mieć lepszy dostęp do stołu.

Pacjenci otrzymują 3 posiłki dziennie, w zależności od indywidualnej diety. W sali wspólnej chorym udostępniono czajnik oraz lodówkę.

Przedstawiciele KMP nie mieli uwag co do warunków panujących w oddziale, oceniając je bardzo dobrze. Zastrzeżeń w tym przedmiocie nie wnosili również rozmówcy wizytujących.

11. Dostosowanie placówki do potrzeb osób niepełnosprawnych

Pozytywnie należy ocenić również dostosowanie oddziału do osób z niepełnosprawnością. Znajdują się w nim bowiem różne rozwiązania ułatwiające poruszanie się takim osobom, np. w pełni dostosowany sanitariat, winda, szerokie, bezprogowe drzwi i przejścia.

12. Prawo do praktyk religijnych

Szpital objęty jest opieką duszpasterską kapelana katolickiego, a na jego terenie znajduje się dostępna dla wszystkich pacjentów kaplica. Pacjenci, którzy nie posiadają możliwości opuszczenia oddziału, omawiane prawo realizują poprzez duszpasterskie wizyty księdza. Praktykę tę potwierdzili chorzy podczas rozmów indywidualnych.

13. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji zalecają:

I. Dyrektorowi Szpitala Specjalistycznego im. Ludwika Rydygiera w Krakowie:

1. zapewnienie intymności pacjentom unieruchamianym w salach wieloosobowych;
2. wykorzystywanie chwilowych zwolnień pacjentów z unieruchomienia również w celu umożliwienia im skorzystania z WC;
3. umożliwienie udziału w wyborach wszystkim pacjentom oddziału;
4. uzupełnienie tablic o dane kontaktowe organów ochrony praw człowieka m.in. Biura Rzecznika Praw Obywatelskich (łącznie z numerem darmowej infolinii) i organizacji pozarządowych (np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka) oraz o inne informacje dotyczące organizacji życia na oddziale,
5. umożliwienie wezwania grupy interwencyjnej bezpośrednio przez personel oddziału, bez pośrednictwa SOR;
6. prowadzenie dokumentacji, związanej z przymusową hospitalizacją pacjenta zgodnie z przepisami z zawartymi w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego oraz innymi przepisami dotyczącymi prowadzenia dokumentacji medycznej, w tym stosowanie właściwej i adekwatnej podstawy prawnej w każdym przypadku hospitalizacji wbrew woli;
7. zapewnienie dostępności wszystkich zarejestrowanych w Polsce leków przeciwpsychotycznych, przeciwdepresyjnych i innych stosowanych w psychiatrii, posiadających udokumentowaną skuteczność;
8. pilne przeprowadzenie i regularne powtarzanie szkoleń personelu (w tym firmy ochroniarskiej) z zasad stosowania przymusu bezpośredniego;
9. rozważenie wprowadzenia superwizji dla zespołu terapeutycznego;
10. rozważenie możliwości udzielania dłuższych przepustek pacjentom.