

KMP.574.14.2016.MK

Raport
przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji
z wizytacji Pabianickiego Centrum Psychiatrycznego w Pabianicach
(wyciąg)

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), zwanego dalej OPCAT, oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 22-23 sierpnia 2016 r. do Pabianickiego Centrum Medycznego w Pabianicach udali się przedstawiciele Zespołu „Krajowy Mechanizm Prewencji” (dalej: KMP, Mechanizm): Przemysław Kazimirski – zastępca dyrektora Zespołu (prawnik), Dorota Krzysztoń (kryminolog), Marcin Kusy (prawnik). W wizytacji uczestniczył również dr Marcin Mazur – zastępca dyrektora Zespołu ds. Wykonywania Kar (prawnik). Ponadto w charakterze eksperta z zakresu psychiatrii, w wizytacji wziął udział dr n. med. Przemysław Cynkier (specjalista psychiatra), którego wnioski zawarte w ekspertyzie zostały włączone w treść Raportu.

Celem wizytacji zapobiegawczej przedstawicieli KMP było sprawdzenie na miejscu sposobu przestrzegania praw osób umieszczonych w Pabianickim Centrum Psychiatrii (dalej Centrum, 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 Centrum 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 (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 546); dalej ustawa].

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- przeprowadzono rozmowę z lek. med. Dorotą Jędrzejczyk – Okońską – dyrektorem ds. medycznych oraz lek. med. Jackiem Koprowiczem – kierownikiem Pabianickiego Centrum Psychiatrycznego;
- dokonano oglądu pomieszczeń, w tym: sal pacjentów, sanitariatów, sal terapii;
- w toku oglądu przeprowadzono rozmowy z pracownikami oddziału;
- przeprowadzono rozmowy indywidualne z wybranymi pacjentami;
- poddano analizie wybraną dokumentację.

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną.

Pracownicy BRPO poinformowali dyrektora ds. medycznych oraz kierownika Centrum Psychiatrycznego o ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności, a także wysłuchali ich uwag i wyjaśnień.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano pozostałą dokumentację związaną z funkcjonowaniem zwizytowanego Centrum.

W przedmiocie zainteresowania przedstawicieli KMP każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: traktowanie, dyscyplinowanie, personel, prawo do informacji, prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym, prawo do ochrony zdrowia, prawo do praktyk religijnych, warunki bytowe. W niniejszym Raporcie uwzględniono jedynie te kwestie, w których pracownicy BRPO stwierdzili nieprawidłowości oraz te, które wyróżniają pozytywnie jednostkę na tle pozostałych. Ekspert KMP dokonał oceny Centrum pod kątem legalności pobytu pacjentów przyjętych bez zgody oraz internowanych, ich leczenia oraz prowadzenia dokumentacji dotyczących tych osób.

2. Charakterystyka Centrum

Pabianickie Centrum Psychiatryczne funkcjonuje w ramach Pabianickiego Centrum Medycznego (PCM), które jest jednostką wielospecjalistyczną. Centrum Psychiatryczne składa się dwóch pionów: szpitalnego i ambulatoryjnego. W dniach wizytacji w części szpitalnej funkcjonowały: Psychiatryczna Izba Przyjęć, Oddział Psychiatryczny Kobiety i Mężski, Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (OLAZA – działalność komercyjna), Oddział Psychiatryczny dla Przewlekłe Chorych (działalność komercyjna). W skład części ambulatoryjnej wchodzi: Oddział Psychiatryczny Dzienny, Poradnia Zdrowia

Psychicznego, Poradnia Leczenia Uzależnień, Poradnia Psychologiczna dla Dorosłych i Poradnia Psychologiczna dla Dzieci i Młodzieży.

Oddział Psychiatryczny Kobiety i Mężczyźni składa się z części obserwacyjno-izolacyjnej przeznaczonej dla mężczyzn, która dysponuje 23-24 łózkami, części obserwacyjno-izolacyjnej dla kobiet z 19-20 łózkami, a także odpowiednio z dwóch części tzw. otwartych z dostępem do terenów zielonych. W sumie oddział ma zakontraktowane z Narodowym Funduszem Zdrowia 74 miejsca hospitalizacji całodobowej. W rzeczywistości jest w stanie przyjąć ponad osiemdziesięciu pacjentów obu płci. Obłożenie poszczególnych części oddziału w dniu 22 sierpnia 2016 r. wynosiło: część obserwacyjno-izolacyjna dla mężczyzn – 25 pacjentów, część obserwacyjno-izolacyjna dla kobiet – 20 pacjentek, część otwarta dla mężczyzn – 20 pacjentów, część otwarta dla kobiet – 19 pacjentek (w sumie 84 osoby).

3. Problemy systemowe

Monitoring wizyjny zainstalowano w odcinkach obserwacyjnych, zarówno w salach pacjentów, jak i na korytarzu. Kwestia umieszczania w szpitalach psychiatrycznych kamer telewizji przemysłowej stanowi problem systemowy. Wiąże się on bowiem w sposób nierozłączny z ograniczeniem konstytucyjnie chronionego prawa do prywatności określonego w art. 47 Konstytucji RP, a także w art. 8 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności przyjętej w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r. (Dz.U. 1993 nr 61 poz. 284). Monitorowanie pacjentów szpitali, jako materia wkraczająca w podstawowe wolności i prawa obywatelskie, powinna zostać uregulowana w akcie prawnym rangi ustawy.

W szczególności wskazuje na to treść art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, który stanowi, że ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw. W dniu 5 stycznia 2016 r. Rzecznik Praw Obywatelskich skierował wystąpienie generalne do Ministra Zdrowia, w którym zwrócił się z prośbą o podjęcie prac zmierzających do regulacji stosowania monitoringu w akcie prawnym rangi ustawy. Z odpowiedzi Ministra Zdrowia udzielonej w dniu 5 lutego 2016 r. wynika, że postulaty zgłoszone przez Rzecznika zostaną uwzględnione przy planowanej nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

4. Mocne strony

Zakres programowy zajęć terapeutycznych należy uznać za bardzo szeroki i zróżnicowany, a tym samym spełniający wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych (Dz. U. z 2014 r., poz. 522). Pacjenci mogą korzystać z teatroterapii, biblioteki oddziałowej i filii biblioteki miejskiej, codziennej gimnastyki i zajęć relaksacyjnych. Prowadzone są zajęcia poprawiające koncentrację uwagi oraz inne funkcje poznawcze. Pacjenci mogą uczestniczyć w wydarzeniach okolicznościowych, ogniskach, czy grillowaniu. Prowadzone są treningi umiejętności społecznych (budżetowy, czystości, kulinarny, czynności praktycznych), psychoedukacja z zakresu uzależnień oraz psychoedukacja związana ze zdrowym trybem życia. Jednakże, na szczególne wyróżnienie zasługuje stworzenie sali terapii zajęciowej ukierunkowanej na zainteresowania mężczyzn. Sala ta zorganizowana jest w formie stolarni, wyposażonej w odpowiednie materiały, narzędzia oraz sprzęt ogrodniczy.

5. Nieprawidłowości stwierdzone podczas wizytacji

a) Legalność pobytu

W dniu wizytacji w Centrum przebywało 11 pacjentów przyjętych bez zgody. Analiza ich dokumentacji wykazała, iż w niektórych teczkach brakowało odpisu postanowień sądu o zgodzie na umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym bez wymaganej zgody, mimo prawidłowego zawiadomienia sądu przez Centrum o przyjęciu pacjenta bez zgody. Zgodnie z art. 27 ustawy, sąd opiekuńczy zobowiązany jest niezwłocznie do zawiadomienia szpitala o treści postanowienia w przedmiocie przyjęcia pacjenta bez zgody. Zawiadomienie to może polegać na doręczeniu przez pocztę, przez woźnych lub sądową służbę doręczeniową odpisu postanowienia szpitalowi, przesłanie odpisu postanowienia drogą faksową czy też zawiadomienie ordynatora szpitala telefonicznie o treści postanowienia (za: Duda J., *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, Lexis Nexis, Warszawa 2009, wydanie 2, str. 144).

Biorąc powyższe pod uwagę, przedstawiciele Mechanizmu proszą o informację w jaki sposób wizytowane Centrum informowane jest o postanowieniu sądu.

Opisywana sytuacja dotyczyła następujących pacjentów: (dane osobowe usunięto).

Ekspert KMP zwrócił uwagę, iż o przyjęciu pacjenta wbrew woli na oddział z reguły decyduje tylko jeden lekarz, nie zasięgając opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa. Jedynie przyjęcie Artura Zawiasa odbyło się z „zatwierdzeniem” go przez drugiego psychiatrę. Co prawda art. 23 ust. 2 ustawy stanowi o *zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa*, jednak na pewno takie możliwości istnieją w sytuacji, gdy pacjent jest przyjmowany w godzinach 8.00-15.00 w dzień powszedni, zwłaszcza, że Psychiatryczna Izba Przyjęć mieści się w tym samym budynku co oddział, a na oddziale pracuje kilku psychiatrów i psychologów. Wizytujący zalecają, aby w takich sytuacjach o przyjęciu pacjenta bez zgody decydowały 2 osoby.

b) Traktowanie

Opierając się na rozmowach przedstawicieli Mechanizmu, przeprowadzonych z pacjentami, należy stwierdzić, że w oddziale nie występują przypadki niewłaściwego traktowania, słownego czy też fizycznego. Ponadto pacjenci wskazywali, że w oddziale panuje dobra atmosfera, a personel dba o ich potrzeby. Wyjątkiem, ich zdaniem, jest kobieta zatrudniona przy wydawaniu posiłków, która w sposób nieuprzejmy odzywa się do wszystkich. Wizytujący zalecają zweryfikowanie tej wiadomości i zwrócenie uwagi pracownicy na kulturalne zachowanie wobec pacjentów.

Na oddziale nie ma sali izolacyjnej wykorzystywanej jako forma przymusu bezpośredniego. Najczęściej stosowanym przymusem jest unieruchomienie poprzez użycie pasów lub tzw. łapek (uchwytów). Oddział nie dysponuje pomieszczeniami jednoosobowymi, w których możliwe byłoby stosowanie unieruchomienia, jednak w każdej części obserwacyjno-izolacyjnej jest jeden pokój dwuosobowy, który jest wykorzystywany do unieruchomienia jednej osoby (może być traktowany jako sala jednoosobowa), bądź dwóch osób (wówczas osoby te są oddzielone od siebie parawanem). Wskazać w tym miejscu należy, iż przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia zasadniczo powinien być stosowany w pomieszczeniu jednoosobowym, na co wskazuje § 7 ust. 1. 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 w sprawie spb. Zgodnie z ust. 2 wskazanego paragrafu, *w przypadku braku możliwości umieszczenia osoby z zaburzeniami psychicznymi w pomieszczeniu jednoosobowym przymus bezpośredni w formie unieruchomienia jest stosowany w sposób umożliwiający oddzielenie tej osoby od innych osób przebywających w tym samym*

pomieszczeniu oraz zapewniający poszanowanie jej godności i intymności, w szczególności przez wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych bez obecności innych osób. Optymalnym rozwiązaniem byłoby wyodrębnienie separatek do stosowania środków przymusu bezpośredniego w ramach zaplanowanego remontu generalnego szpitala.

Przymus bezpośredni stosuje się wyłącznie wobec pacjentów przebywających w częściach obserwacyjno-izolacyjnych.

Zdaniem eksperta kontrola lekarska zabezpieczeń może budzić zastrzeżenia, zwłaszcza w kontekście niekompletnie prowadzonej dokumentacji, dotyczącej stosowania przymusu bezpośredniego. W analizowanej bowiem dokumentacji ekspert KMP stwierdził następujące nieprawidłowości :

- (dane osobowe usunięto) (hospitalizacja na podstawie art. 28 ustawy). Początek zabezpieczenia : 18.06.2016 r., godz. 22.00. Koniec zabezpieczenia : 19.06.2016 r., godz. 7.00. Całkowity czas zabezpieczenia – 9 godzin. Karta zastosowania unieruchomienia: brak numeru historii choroby. Historia choroby: nie odnotowano informacji na temat zastosowania przymusu bezpośredniego. Raport pielęgniarstwa: nie wymieniono osób biorących udział w stosowaniu przymusu bezpośredniego.
- (dane osobowe usunięto) (hospitalizacja na podstawie art. 28 ustawy). Początek zabezpieczenia : 30.06.2016 r., godz. 10.00. Koniec zabezpieczenia: 30.06.2016 r., godz. 20.00. Całkowity czas zabezpieczenia – 10 godzin. Historia choroby: nie odnotowano informacji na temat zastosowania przymusu bezpośredniego. Raport pielęgniarstwa: nie wymieniono osób biorących udział w stosowaniu przymusu bezpośredniego.
- (dane osobowe usunięto) (hospitalizacja na podstawie art. 28 ustawy). Początek zabezpieczenia: 11.08.2016 r., godz. 10.30. Koniec zabezpieczenia: 12.08.2016 r., godz. 10.30. Całkowity czas zabezpieczenia – 24 godziny. Karta zastosowania unieruchomienia: brak numeru historii choroby. Historia choroby: nie odnotowano informacji na temat zastosowania przymusu bezpośredniego. Raport pielęgniarstwa: nie wymieniono osób biorących udział w stosowaniu przymusu bezpośredniego. W dokumentacji brak adnotacji o zasięgnięciu opinii innego psychiatry po 16 godz. zabezpieczenia.
- (dane osobowe usunięto) (hospitalizacja na podstawie art. 23 ustawy). Początek zabezpieczenia: 24.07.2016 r., godz. 8.00. Koniec zabezpieczenia: 25.07.2016 r., godz. 10.00. Całkowity czas zabezpieczenia – 26 godzin. Karta zastosowania

unieruchomienia: brak numeru historii choroby, w godzinach od 19.00 do 6.00 brak adnotacji o krótkotrwałym częściowym albo całkowitym uwolnieniu przed upływem 4 godzin (upłynęło 11 godz.). Raport pielęgniarski: nie wymieniono osób biorących udział w stosowaniu przymusu bezpośredniego. W dokumentacji jako przyczynę przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego podano, że nie ustały przesłanki jego zastosowania. Poza tym brak adnotacji o zasięgnięciu opinii innego psychiatry po 16 godz. zabezpieczenia.

- (dane osobowe usunięto) (hospitalizacja na podstawie art. 23 ustawy). Początek zabezpieczenia: 21.07.2016 r., godz. 15.00. Koniec zabezpieczenia: 22.07.2016 r., godz. 11.00. Całkowity czas zabezpieczenia – 20 godzin. Karta zastosowania unieruchomienia: brak numeru historii choroby. Raport pielęgniarski: nie wymieniono osób biorących udział w stosowaniu przymusu bezpośredniego. W dokumentacji pierwsze przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego odnotowano o godz. 20.00 (była to 7 godzina zabezpieczenia), brak uzasadnień przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego, brak adnotacji o zasięgnięciu opinii innego psychiatry po 16 godz. zabezpieczenia.
- (dane osobowe usunięto) (hospitalizacja na podstawie art. 23 ustawy). Początek zabezpieczenia: 28.07.2016 r., godz. 17.00. Koniec zabezpieczenia: 29.07.2016 r. godz. 9.00. Całkowity czas zabezpieczenia – 15 godzin. Karta zastosowania unieruchomienia: w godzinach od 21.30 do 6.00 brak adnotacji o krótkotrwałym częściowym albo całkowitym uwolnieniu przed upływem 4 godzin (upłynęło 8,5 godz.). Raport pielęgniarski: nie wymieniono nazwiska lekarza zlecającego stosowanie przymusu bezpośredniego, ani osób biorących udział w stosowaniu przymusu bezpośredniego. W dokumentacji brak uzasadnień przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego.
- (dane osobowe usunięto) (hospitalizacja na podstawie art. 23 ustawy). Początek zabezpieczenia: 20.07.2016 r., godz. 14.00. Koniec zabezpieczenia: 22.07.2016 r., godz. 11.00. Całkowity czas zabezpieczenia – 45 godzin. Karta zastosowania unieruchomienia: w godzinach od 14.00 do 20.30 (20.07.16r.) brak adnotacji o krótkotrwałym częściowym albo całkowitym uwolnieniu przed upływem 4 godzin (upłynęło 4,5 godz.) i w godzinach od 5.00 do 16.30 (21.07.16 r.) brak adnotacji o krótkotrwałym częściowym albo całkowitym uwolnieniu przed upływem 4 godzin (upłynęło 11,5 godz.). Raport pielęgniarski: nie wymieniono nazwiska lekarza zlecającego stosowanie przymusu bezpośredniego, ani osób biorących udział w

stosowaniu przymusu bezpośredniego. W dokumentacji brak uzasadnień przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego, brak adnotacji o zasięgnięciu opinii innego psychiatry po 16 godz. zabezpieczenia.

- (dane osobowe usunięto) (hospitalizacja na podstawie art. 23 ustawy). Początek zabezpieczenia: 20.07.2016 r., godz. 23.15. Koniec zabezpieczenia: 24.07.2016 r., godz. 9.15. Całkowity czas zabezpieczenia – 82 godziny. Karta zastosowania unieruchomienia: w godzinach od 23.15. do 5.00 (21.07.16 r.) brak adnotacji o krótkotrwałym częściowym albo całkowitym uwolnieniu przed upływem 4 godzin (upłynęło 5 godz. i 45 min.), w godzinach od 5.00 do 10.30 (21.07.16 r.) brak adnotacji o krótkotrwałym częściowym albo całkowitym uwolnieniu przed upływem 4 godzin (upłynęło 5,5 godz.), w godzinach od 12.30 do 1.00 (22.07.16 r.) brak adnotacji o krótkotrwałym częściowym albo całkowitym uwolnieniu przed upływem 4 godzin (upłynęło 12,5 godz.), w godzinach od 3.30 do 11.00 (23.07.16 r.) brak adnotacji o krótkotrwałym częściowym albo całkowitym uwolnieniu przed upływem 4 godzin (upłynęło 7,5 godz.). Raport pielęgniarski: nie wymieniono nazwiska lekarza zlecającego stosowanie przymusu bezpośredniego, ani osób biorących udział w stosowaniu przymusu bezpośredniego. W dokumentacji brak adnotacji o zasięgnięciu opinii innego psychiatry po 16 godz. zabezpieczenia.

Reasumując, w analizowanej dokumentacji pacjentów brakowało informacji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego lub dokonane wpisy nie zawierały wszystkich niezbędnych danych, wymienionych w rozporządzeniu w sprawie spb. Nadto przedstawiciele KMP przypominają, iż sytuacjach, w których stan pacjenta na to pozwala, konieczne jest krótkotrwałe częściowe albo całkowite uwolnienie osoby od unieruchomienia w celu zmiany jej pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej niż co 4 godziny (§ 11 ust. 1 pkt 2 powyższego rozporządzenia). Wizytujący zalecają dokumentowanie zastosowania przymusu zgodnie z wymogami przywołanego rozporządzenia, dokonywania oceny zasadności jego zastosowania oraz zwolnień pacjentów.

c) Prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym

Zgodnie z wyjaśnieniami kierownika Centrum pacjenci przebywający w części obserwacyjno-diagnostycznej zobowiązani są do zdeponowania telefonów komórkowych, a korzystać z nich mogą na żądanie. Tymczasem, w rozmowach indywidualnych pacjenci z obserwacji informowali o całkowitym zakazie używania telefonów komórkowych. Ponadto informacja o tym wywieszona została w jednej z dyżurek pielęgniarskich. W

ocenie przedstawicieli KMP powyższe ograniczenie nie ma umocowania w obowiązujących przepisach. Ograniczenia w tym zakresie powinny mieć charakter wyłącznie indywidualny i podyktowany procesem leczenia. W przedmiotowej kwestii wypowiedział się również Trybunał Konstytucyjny, który w wyroku z dnia z dnia 21 kwietnia 2015 r. (U /14) orzekł, iż przyznanie kierownikowi zakładu psychiatrycznego kompetencji do określania godzin prowadzenia przez pacjentów niekontrolowanych rozmów telefonicznych, jest niezgodny z art. 49 Konstytucji. W związku z tym wizytujący zalecają umożliwienie pacjentom części zamkniętej używania telefonów komórkowych i stosowanie ograniczeń w tej kwestii wyłącznie indywidualnie i z powodów zdrowotnych.

Obowiązujący Regulamin Porządkowy Oddziałów Szpitalnych Pabianickiego Centrum Psychiatrii zakazuje wstępu na oddziały dzieciom poniżej 10 roku życia, zaś na część obserwacyjno-diagnostyczną – poniżej 14 roku życia. Przedstawiciele KMP rozumieją, że tego typu zasada wynika z potrzeby ochrony dziecka, które (pomijając możliwość zagrożenia fizycznego) może być narażone na traumatyczne przeżycia. Mimo tego przedstawiciele KMP zwracają uwagę, że takie ograniczenia nie znajdują odzwierciedlenia w obowiązujących przepisach prawa. W związku z powyższym, dobrym rozwiązaniem jest zorganizowanie na terenie oddziału odpowiedniego pomieszczenia przeznaczonego do widzeń pacjentów z ich dziećmi, z którego również będą mogli korzystać pacjenci nie posiadający zgody na opuszczenie placówki.

d) Prawo do informacji

Z ustaleń poczynionych przez wizytujących wynika, że dowody osobiste części pacjentów są przechowywane przez administrację w Izbie Przyjęć. W historiach chorób znajdowały się podpisane oświadczenia, których tekst nie wskazywał bezpośrednio na zgodę na przechowywanie przez szpital dokumentu. Oświadczenie to brzmi bowiem: *nie potwierdzam odbioru dokumentów od pracownika Izby*. W tym miejscu należy wskazać, że zgodnie z art. 79 pkt 2 ustawy z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 391) *kto zatrzymuje bez podstawy prawnej cudzy dowód osobisty podlega karze ograniczenia wolności lub grzywnie*. Zgodnie jednak z wykładnią dokonaną przez Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 9 grudnia 2010 r. o sygnaturze II AKa 397/10 znamiona wymienionego wykroczenia nie są wypełnione, jeżeli wejście w posiadanie dowodu nastąpiło za akceptacją i przyzwoleniem osoby uprawnionej. Biorąc pod uwagę

powyższe wizytujący zalecają każdorazowe odbieranie *zgody pacjenta* lub opiekuna prawnego osoby ubezwłasnowolnionej na przechowywanie dowodu osobistego.

Na tablicach oddziałowych wywieszane były liczne informacje na temat organizacji życia codziennego, a także regulaminy, prawa i obowiązki oraz adresy instytucji chroniących praw pacjenta. Pracownicy BRPO zalecają poszerzenie tej listy o adres Biura Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii 0 800 676 676).

Z informacji udzielonych przez pacjentów w rozmowach indywidualnych wynika, iż nie mają oni wiedzy o działalności Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Jednakże zdaniem kierownika Centrum, Rzecznik przebywa cały swój dyżur na oddziałach, rozmawia z pacjentami, przyjmuje również w swoim gabinecie. Rozbieżność opinii może wynikać z faktu, iż Rzecznik jest kojarzona przez pacjentów jako osoba z personelu Centrum, nie zaś jako niezależny pracownik, stojący na straży ich praw.

e) Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne

Na Oddziale Psychiatrycznym Kobięcym i Męskim prowadzone są zajęcia terapeutyczne przez dwóch instruktorów terapii zajęciowej, zatrudnionych na umowy kontraktowe – każdy w wymiarze pełnego etatu, co spełnia minimalne normy zatrudnienia określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2013, Nr. 1386). Przy minimalnym zatrudnieniu zajęcia prowadzone są w godzinach przedpołudniowych i popołudniowych, do godz. 18.00 w każdy dzień powszedni. Oferta terapeutyczna nie obejmuje zajęć w weekendy. Tymczasem zgodnie z § 6.2 wyżej wymienionego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych *w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy pacjentom zapewnia się również dostęp do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną*. W związku z powyższym należy rozszerzyć ofertę zajęć również na dni wolne od pracy. Zdaniem eksperta KMP korzystne byłoby zwiększenie liczby terapeutów zajęciowych, pracujących na oddziale oraz prowadzenie zajęć także w dni wolne od pracy.

Pacjenci przebywający w części diagnostyczno-obszerniczej informowali, iż nie są organizowane żadne zajęcia, ponieważ sale terapii zajęciowej zorganizowane są wyłącznie w części otwartej. W ocenie przedstawicieli Mechanizmu należy tak

zorganizować oddziaływania terapeutyczne aby dostęp do nich mieli również pacjenci przebywający w części zamkniętej. Sytuacja zastana w dniach wizytacji nie sprzyja prawidłowej realizacji praw pacjentów oraz celów leczenia i terapii, a nawet może zaszkodzić stanowi zdrowia pacjenta, jeśli będzie się utrzymywać długotrwanie.

f) Personel

Z informacji udzielonych przez kierownika Centrum wynika, że nie prowadzi się szkoleń personelu, uczestniczącego w stosowaniu przymusu bezpośredniego, podczas gdy wymienione rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania w § 6, pkt. 1. wskazuje, że *przymus bezpośredni w szpitalu psychiatrycznym ... może być wykonywany wyłącznie przez odpowiednio poinstruowane w tym zakresie osoby*, a instrukcje takie winny być przekazane przez kierownika podmiotu leczniczego. Przedstawiciele KMP zalecają zatem zorganizowanie przedmiotowego szkolenia, zaznaczając, że bardzo ważne jest cykliczne powtarzanie szkoleń ze stosowania środków przymusu bezpośredniego tak, aby nabyta wiedza mogła być uaktualniona i utrwalona. Wskazać należy, że w ocenie pracowników BRPO powyższymi szkoleniami powinni być objęci również lekarze.

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.

Liczba zatrudnionych psychologów jest adekwatna do obłożenia oddziału, starają się oni uzupełniać swoje kwalifikacje w zakresie psychoterapeutycznym.

g) Warunki bytowe

Warunki bytowe w Centrum są zróżnicowane. Pomieszczenia, poza częścią otwartą, wymagają jednak remontu. Bardzo złe warunki panują w części kobiecej zamkniętej. Trzy wieloosobowe sale nie posiadają bowiem drzwi. W kabinach toaletowych nie zamontowano klamek. Trudno uznać za słuszny argument bezpieczeństwa pacjentów, skoro w części zamkniętej przeznaczonej dla mężczyzn, wszystkie sale chorych posiadają zamykane/zasuwane drzwi, a kabiny wc klamki. Wizytujący zwrócili również uwagę, iż w obu częściach obserwacyjnych nie wszystkie łóżka posiadają materace, na części z nich

znajdowała się gruba gąbka przykryta folią. Choć wyposażenie pomieszczeń jest adekwatne do potrzeb, w większości z nich sprzęt jest już wysłużony i wymaga wymiany.

W niektórych salach panuje nadmierne zagęszczenie, w związku z czym łóżka pacjentów niemal stykają się ze sobą i nie ma do nich dostępu z 3 stron. Tym samym zastana sytuacja nie odpowiada wymogom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2012 r., poz. 739).

W placówce nie zainstalowano systemu alarmowo-przyzywowego. W ocenie reprezentantów KMP system ten należy zamontować.

W dniu wizytacji, dwóch mężczyzn w odcinku obserwacyjnym umieszczonych było na łóżkach znajdujących się na korytarzu. Jak ustalono, pacjenci ci oczekiwali na wysprzątanie zwolnionych łóżek w salach, jednakże, często zdarza się, iż z powodu braku miejsca w salach chorych, pacjenci przebywają na korytarzu.

Przedstawiciele Mechanizmu zwracają uwagę, że zakwaterowanie osób w części wspólnej jaką stanowią ciągi komunikacyjne ogranicza w sposób oczywisty ich prawo do prywatności. Zgodnie z opinią Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (dalej: CPT) stworzenie pozytywnego środowiska terapeutycznego obejmuje, w pierwszym rzędzie zapewnienie właściwej przestrzeni życiowej pacjentom (...). Co więcej, Komitet przywiązuje dużą wagę do wyglądu miejsc zakwaterowania pacjentów. Zgodnie ze stanowiskiem CPT, należy przykładać szczególną uwagę do dekoracji pomieszczeń pacjentów oraz miejsc przeznaczonych do odpoczynku, w celu dostarczenia pacjentom stymulacji wzrokowej. Wysoce pożądane jest wyposażenie pomieszczeń w stoliki i szafki stojące obok łóżek; ponadto pacjentom powinno się pozwolić na przechowywanie określonych rzeczy osobistych (fotografie, książki, itp.). Należy także podkreślić znaczenie zapewnienia pacjentom określonego miejsca, w którym mogą przechowywać swoje rzeczy pod kluczem; brak takiego miejsca może godzić w poczucie bezpieczeństwa i autonomii u pacjenta.

Warunek zapewnienia właściwej przestrzeni życiowej przyspieszający proces zdrowienia nie można także uznać za spełniony w przypadku zagęszczania sal pacjentów. Wizytujący zdają sobie sprawę z wymiaru problemu przeludnienia szpitali psychiatrycznych, pozostającego w dużym związku z brakiem rozwiniętej w sposób należyty opieki środowiskowej. Niemniej jednak, wypełniając swoją prewencyjną rolę w

zakresie ochrony pacjentów, zwracają uwagę na ten problem jako potencjalne źródło stwierdzenia poniżającego traktowania.

h) Dostosowanie do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

Centrum nie jest w pełni dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich. Zastrzeżenia wizytujących w tej materii dotyczyły między innymi braku windy, zbyt wysokiego usytuowania włączników światła, klamek, luster oraz tablic informacyjnych.

W celu lepszego dostosowania istniejącej w oddziałach infrastruktury do potrzeb pacjentów z niepełnosprawnościami pożądanym byłoby dokonanie przeglądu pomieszczeń, z których mogą korzystać takie osoby oraz spełnienie następujących standardów:

- a) szerokość drzwi nie mniejsza niż 90 cm,
- b) progi do wysokości 2 cm (pożądanym byłoby brak progów),
- c) wysokość klamek, włączników światła, przycisków itp.- 90-120 cm,
- d) przestrzeń manewrowa – 150 cm x 150 cm,
- e) w sanitariatach - brodzik nie posiadający progu lub do 2 cm wysokości,
- f) wysokość muszli ustępowej powinna oscylować między 45 a 55 cm,
- g) poręcz przy muszli ustępowej zainstalowana w odległości 40 cm od osi muszli do osi poręczy, na wysokości 70-85 cm (mierzone od wierzchu górnej poręczy),
- h) umywalka na wysokości 85 cm – górna krawędź i 70 cm – dolna krawędź z możliwością podjazdu wózkiem,
- i) lustra w łazienkach zawieszane na wysokości do 100 cm od posadzki (dolna krawędź; pożądanym byłoby lustro umożliwiające ich pochylanie),
- j) stosowanie baterii jednouchwytowych z wydłużoną rączką lub na fotokomórkę, ułatwiającą korzystanie z nich osobom z niedowładem kończyn górnych,
- k) uchwyt do papieru umieszczony na wysokości do 120 cm,
- l) w jadalni wysokość stołu powinna oscylować między 67-80 cm (miejsce na nogi osoby siedzącej na wózku powinno wynosić min. 30 cm),

- m) tablice informacyjne powinny znajdować się na wysokości od 80 cm (dolna krawędź) do 180 cm (górną krawędź)

Powyższe standardy zostały opracowane we współpracy Krajowego Mechanizmu Prewencji z *Fundacją Polska Bez Barrier* i uznane za optymalne z punktu widzenia potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Przedstawiciele KMP podkreślają, że zgodnie z przyjętą w dniu 1 sierpnia 1997 roku przez Sejm RP *Kartą Praw Osób Niepełnosprawnych* (M. P. z 1997 r. Nr 50, poz. 475), osoby niepełnosprawne mają prawo życia w środowisku wolnym od barier funkcjonalnych. Nadto Polska w dniu 6 września 2012 roku ratyfikowała przyjętą w dniu 13 grudnia 2006 roku przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych *Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych* (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169). Zgodnie z jej treścią należy umożliwić osobom niepełnosprawnym niezależne życie i pełny udział we wszystkich jego sferach. Zarówno wymieniona Karta, jak i Konwencja dotyczą również osób pozbawionych wolności oraz środowiska stworzonego w miejscu ich osadzenia. W związku z powyższym przedstawiciele KMP rekomendują dokonanie przeglądu pomieszczeń, z których mogą korzystać osoby z niepełnosprawnościami i dostosowanie pomieszczeń, zgodnie ze wskazanymi wyżej standardami, podczas najbliższego remontu oddziałów.

13. Zalecenia

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

I. Prezesowi Zarządu Pabianickiego Centrum Medycznego/ Kierownikowi Pabianickiego Centrum Psychiatrycznego

1. zasięganie opinii drugiego psychiatry lub psychologa w wypadku przyjęć do szpitala pacjentów bez ich zgody;
2. stosowanie w pełnym zakresie zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania;
3. zwalnianie pacjentów, których stan na to pozwala, z unieruchomienia stosownie do § 11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia;
4. rzetelne odnotowywanie w raportach pielęgniarskich stosowania przymusu bezpośredniego;

5. rozważenie możliwości wyodrębnienia jednoosobowego pomieszczenia do stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia;
6. rozważenie zwiększenia liczby terapeutów zajęciowych, pracujących na oddziale;
7. umożliwienie pacjentom przebywającym w części diagnostyczno-obszernacyjnej udziału w terapii zajęciowej;
8. prowadzenie zajęć terapeutycznych w dni wolne od pracy;
9. rezygnację z generalnego zakazu używania telefonów komórkowych w częściach obserwacyjno-diagnostycznych;
10. zamontowanie drzwi do wszystkich sal chorych;
11. zamontowanie klamek w drzwiach kabin toaletowych w części obserwacyjno-diagnostycznej dla kobiet;
12. zapewnienie wszystkim pacjentom materacy z pokrowcami;
13. wyodrębnienie na oddziale pokoju do odwiedzin pacjentów z ich małoletnimi bliskimi w celu zapewnienia realizowania spotkań pacjentów z dziećmi, bez ograniczeń wiekowych;
14. zapewnienie warunków w salach chorych gwarantujących dostęp do łóżek pacjentów zgodnie z wymogami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
15. zaprzestanie umieszczania pacjentów na korytarzach;
16. zweryfikowanie informacji o niekulturalnym zachowaniu pracownika wydającego posiłki, a w przypadku potwierdzenia, zwrócenie mu uwagi;
17. każdorazowe odbieranie zgody pacjenta lub opiekuna prawnego osoby ubezwłasnowolnionej na przechowywanie dowodu osobistego;
18. poszerzenie oferty szkoleń dla pracowników o tematykę stosowania środków przymusu bezpośredniego oraz rozważenie objęcia zespołu terapeutycznego superwizją;
19. zamontowanie systemu przyzywowego w salach chorych;
20. pełne dostosowanie budynku terapii do potrzeb osób z niepełnosprawnością;
21. poszerzenie listy instytucji stojących na straży praw pacjenta o adres Biura Rzecznika Praw Obywatelskich.

Przedstawiciele Mechanizmu proszą o informację w jaki sposób Centrum informowane jest o postanowieniu sądu w przedmiocie przyjęcia osoby bez zgody.