

**Raport**  
**przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji**  
**z wizytacji oddziałów psychiatrycznych Niepublicznym Zakładzie**  
**Opieki Zdrowotnej Szpital Lipno**

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), dalej: OPCAT] oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 23-24 lutego 2016 r., do Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpital Lipno przy ul. Nieszawskiej 6 (zwanego dalej: Szpitalem lub placówką) udali się przedstawiciele Zespołu „Krajowy Mechanizm Prewencji” (zwanego dalej: KMP lub Mechanizmem): Małgorzata Molak (pedagog resocjalizacyjny, psychoterapeuta), Dorota Krzysztoń (kryminolog), Przemysław Kazimirski, Marcin Kusy (prawnicy). W wizytacji brał również udział ekspert KMP z zakresu psychiatrii dr. med. Sławomir Biedrzycki, 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 oddziałach psychiatrycznych szpitala bez ich zgody, poprzez dokonanie oceny pod względem ich ochrony przed torturami oraz innym niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem.

Pracownicy BPRO wykonali następujące czynności:

- przeprowadzili rozmowę z panem lek. med. Jerzym Szyjkowskim - dyrektorem ds. leczenia oraz lek. med. Markiem Szewczykiem – kierownikiem leczenia psychiatrycznego;
- dokonali oglądu pomieszczeń, w tym: sal pacjentów, gabinetów lekarskich, sal terapii zajęciowych, sanitariatów i jadalni;
- przeprowadzili rozmowy indywidualne z wybranymi pacjentami;

- poddali analizie wybraną dokumentację, dostępną na miejscu m.in.: książki raportów pielęgniarskich, historie chorób losowo wybranych pacjentów, dokumentację stosowania przymusu bezpośredniego.

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną.

Pracownicy BRPO poinformowali prezesa Szpitala oraz kierownika leczenia psychiatrycznego o ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności, a także wysłuchali ich uwag i wyjaśnień.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano wybraną dokumentację związaną z funkcjonowaniem oddziałów.

## 2. Charakterystyka placówki

W ramach Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpital Lipno funkcjonują 3 oddziały psychiatryczne:

- I – żeński o pojemności 29 miejsc;
- II – męski o pojemności 33 miejsc;
- III – koedukacyjny o pojemności 28 miejsc.

W każdym z nich realizowane są przyjęcia bez zgody pacjenta. Nad funkcjonowaniem oddziałów czuwa koordynator pionu psychiatrycznego.

## 3. Legalność pobytu

W dniu wizytacji w oddziale I przebywało 3 pacjentów przyjętych bez zgody, w II – 3 osoby, w III – 2 pacjentki.

Analiza dokumentacji pacjentów przyjętych bez zgody wykazała nieprawidłowości. W aktach pacjentów brakowało zawiadomień sądu o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie lub z zaburzeniami psychicznymi - bez jej zgody (dalej: zawiadomienie) i postanowień sądu o przyjęciu, m.in.:

- *(dane usunięto)* przyjęty 22 stycznia 2016 r.;
  - *(dane usunięto)* przyjęty 26 stycznia 2016 r.;
  - *(dane usunięto)* przyjęta 18 grudnia 2015 r.;
- lub brakowało zawiadomienia sądu:
- *(dane usunięto)* przyjęty 16 lutego 2016;
  - *(dane usunięto)* przyjęty do Szpitala 10 lutego 2016 r.;
  - *(dane usunięto)* przyjęta 11 lutego 2016 r..

W dokumentacji indywidualnej pacjentów przyjętych bez zgody znajdowały się tylko zawiadomienia kierownika podmiotu leczniczego, które zostały przesłane w ustawowym terminie. Istnieje zatem poważna wątpliwość dotycząca legalności pozbawienia wolności tych osób, która wymaga wyjaśnienia. Jak wskazuje § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2012 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego kierownik podmiotu leczniczego zawiadamia sąd opiekuńczy właściwy ze względu na siedzibę szpitala psychiatrycznego o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie lub z zaburzeniami psychicznymi - bez jej zgody (...). Konieczne jest umieszczenie zawiadomienia w dokumentacji pacjenta, jak również postanowienia sądu w tym zakresie.

W przypadku (*dane usunięto*), przyjętego 25 czerwca 2015 r. w aktach indywidualnych znajdowało się postanowienie sądu natomiast nie było zawiadomienia sądu, co świadczy o przeoczeniu pracowników Szpitala w kwestii kompletowania dokumentów.

Prezes Szpitala przyznał, że dokumentacja pacjenta powinna stanowić komplet i zobowiązał się do dosłania kopii brakujących dokumentów, wskazanych w raporcie.

Analizując dokumentację, ekspert KMP zauważył, że o przyjęciu pacjenta wbrew jego woli do oddziałów psychiatrycznych w Szpitalu w Lipnie decyduje tylko jeden lekarz nie zasięgając opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa. Co prawda art. 23 ust. 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 ze zm.; dalej: ustawa) mówi jedynie o (...) *zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa* (...). Jak jednak zwrócił uwagę ekspert KMP, możliwości zasięgnięcia opinii drugiego lekarza lub psychologa są w sytuacji, gdy pacjent jest przyjmowany w godzinach 7:30-15:00 w dzień powszedni, ponieważ na dyżurze obecni są zarówno lekarze, jak i psychologowie. Nawet wtedy przepis ustawy nie jest respektowany. Przedstawiciele zalecają, aby o przyjęciu pacjenta bez zgody decydowały 2 osoby, jeżeli istnieje możliwość zasięgnięcia opinii psychiatry lub psychologa.

## 5. Personel

Liczba personelu na poszczególnych oddziałach przedstawia się następująco;

I – 3 lekarzy, 9 pielęgniarek, 2 psychologów, terapeuta zajęciowy

II – 3 lekarzy, 10 pielęgniarek, psycholog, terapeuta zajęciowy

III- 3 lekarzy, 10 pielęgniarek, położna, 2 psychologów, 2 terapeutów zajęciowych.

Według informacji przekazywanych do NFZ łączny tygodniowy czas zatrudnienia lekarzy w III oddziale nie spełnia minimum określonego w zarządzeniu Nr 79/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień NFZ dla oddziału 29 łóżkowego, które wynosi 92 godziny i 20 minut 9 (obecnie są to 83 godziny). Wizytujących poinformowano, że sytuacja ta wynika z trudności w nawiązaniu współpracy z lekarzami. Przedstawiciele KMP zalecają kontynuowanie działań zmierzających do spełnienia wskazanej wyżej normy.

Średnio w ciągu dnia na dyżurze w oddziale pozostaje 2 lekarzy, 2 pielęgniarki, pielęgniarka oddziałowa, sanitariusz, sprzątająca, psycholog i terapeuta. W nocy zaś są 2 pielęgniarki i sanitariusz.

Zgodnie z informacją pisemną udzieloną wizytującym, w 2015 i 2016 r. (do dnia wizytacji) nie było szkoleń organizowanych przez zakład pracy. Eksperta KMP zapewniono, że pracownicy oddziałów systematycznie są zaznajamiani z zagadnieniem stosowania przymusu bezpośredniego, chociaż nie znalazło to odzwierciedlenia w dokumentacji. Przedstawiciele KMP zwracają uwagę na konieczność organizowania systematycznych szkoleń dla kadry placówki m.in. z zakresu praw pacjenta, prowadzenia dokumentacji medycznej, przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, komunikacji interpersonalnej i oddziaływań terapeutycznych oraz odnotowywania tego faktu. Jak bowiem podkreśla Europejski Komitet Zapobiegania Torturom, biorąc pod uwagę bardzo trudny charakter pracy w ośrodku psychiatrycznym, niezwykle istotne jest, aby personel pomocniczy był starannie dobierany, a także odpowiednio przeszkolony przed podjęciem obowiązków i przechodził szkolenia w trakcie pracy (§ 28 Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98)]).

W analizowanym okresie nie były prowadzone postępowania dyscyplinarne ani karne względem pracowników Szpitala. Nie zostało złożone powiadomienie o popełnieniu przestępstwa przez członków personelu placówki.

#### 6. Traktowanie przez personel wizytowanych oddziałów

W rozmowach z wizytującymi, pacjenci wyrażali pozytywne opinie na temat personelu. Żaden z nich nie wskazał na niewłaściwe traktowanie przez pracowników oddziałów. Dużym uznaniem i sympatią cieszy się ordynator oddziału II. Pacjenci

wskazywali, iż personel zwraca się do nich z szacunkiem, zachowana jest forma grzecznościowa, a zwracanie się per Ty następuje za obopólną zgodą i z wzajemnością.

Niedopuszczalna jest praktyka funkcjonująca w oddziałach, polegająca na stosowaniu unieruchomienia w salach wieloosobowych (głównie obserwacyjnych) bez wykorzystania parawanu. Mając na uwadze powyższe, pracownicy BRPO podkreślają konieczność respektowania w praktyce treści § 7 ust. 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) stanowiącego obowiązek stosowania przymusu bezpośredniego z poszanowaniem godności pacjentów. Podczas rozmowy podsumowującej wizytację, Prezes Szpitala zobowiązał się do zapewnienia parawanów podczas stosowania unieruchomienia.

Zastrzeżenia wizytujących wzbudziła kartka wywieszona na korytarzu oddziału I o treści *nie siadać. miejsce dla personelu*. Zdaniem przedstawicieli KMP, pacjenci również powinni mieć możliwość skorzystania z wystawionych na korytarzu foteli. Zalecają usunięcie ww. zakazu.

## 7. Prawo do ochrony zdrowia

Oddziały psychiatryczne znajdują się w bezpośrednim sąsiedztwie oddziałów somatycznych, konsultacje lekarzy specjalistów odbywają się na bieżąco. W razie konieczności leczenia somatycznego w innym oddziale pacjenci z oddziałów psychiatrycznych przenoszeni są do właściwych oddziałów. Na konsultacje innych specjalności, wykonywane poza szpitalem, pacjenci są przewożeni. W Szpitalu funkcjonuje laboratorium analityczne oraz pracownie RTG, TK i EKG. Pozostałe specjalistyczne badania są wykonywane w jednostkach zewnętrznych.

W ciągu dnia do godziny 14:00 na każdym oddziale obecny jest lekarz. W godzinach 14:00-8:00 w dzień powszedni i całodobowo (w godz. 8:00 – 8:00) w dni wolne od pracy, dyżur pełni 1 lekarz. Sprawuje on opiekę nad pacjentami wszystkich trzech oddziałów psychiatrycznych (ogółem ok. 90 pacjentów) oraz dokonuje przyjęcia nowych pacjentów do oddziałów psychiatrycznych. W razie potrzeby konsultuje także innych pacjentów zgłaszających się do SOR. Zdaniem eksperta KMP, taki sposób organizacji opieki psychiatrycznej jest wystarczający.

Problemem wskazywanym przez pacjentów było omawianie ich sytuacji zdrowotnej podczas obchodu, czyli w towarzystwie innych osób. Przedstawiciele KMP oceniają taką sytuację jako krępującą, dlatego zasadne jest organizowanie spotkań indywidualnych w celu omawiania dolegliwości, czy postępów w leczeniu. Prezes Szpitala zobowiązał się przypomnieć pacjentom o możliwości indywidualnej rozmowy na temat stanu zdrowia. Przedstawiciele KMP zwracają się z prośbą o informację o podjętych w tym zakresie krokach.

Analizując dokumentację dotyczącą przyjęć pacjentów w historiach chorób, ekspert KMP stwierdził pewne nieprawidłowości. W jednej z nich (*dane usunięto*), ekspert KMP odnotował brak opisanego badania stanu somatycznego przy przyjęciu do oddziału. W innych zaś nie było opisu badania stanu psychicznego po przyjęciu do oddziału lub opis badania stanu psychicznego był wykonywany po kilku – kilkunastu dniach pobytu pacjenta w oddziale. Pracownicy BRPO zalecają bezzwłoczne przeprowadzanie i odnotowywanie badania stanu psychicznego i somatycznego pacjenta przy przyjęciu do Szpitala.

W analizowanych historiach chorób czas stosowania przymusu był zróżnicowany, od 4 do 58 godzin. Biorąc jednak pod uwagę stan psychiczny chorych i prezentowane zachowania należy uznać, że okres stosowania przymusu był właściwy.

Zdaniem eksperta KMP, dokumentacja dotycząca stosowania przymusu bezpośredniego jest prowadzona nieprawidłowo. Poniżej przykłady stwierdzonych nieprawidłowości:

- 1) (*dane usunięto*) (oddział I): unieruchomienie od 16 lutego 2016 r. o godz. 18:30 do 19 lutego 2016 r. o godz. 4:30.

Na druku zawiadomienia kierowanym do kierownika podmiotu leczniczego następujące uchybienia: brak imienia i nazwiska kierownika oraz nazwy podmiotu leczniczego; brak wskazania jaki był przebieg zabezpieczenia; brak zaznaczenia, jakie były skutki zastosowania przymusu; brak zaznaczenia, czy przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedzono o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty; brak oceny i podpisu kierownika podmiotu leczniczego lub upoważnionego lekarza.

Na karcie zastosowania unieruchomienia lub izolacji: brak uwolnienia w godzinach między 13:45 a 18:45 oraz 22:45 a 4:15 w dniu 18 lutego; w tabeli przedłużenie stosowania unieruchomienia lub izolacji wpisy potwierdzone pieczętką lekarską o

godzinie 4:30 i 10:30 w dniu 16 lutego nie zawierają informacji o przyczynach przedłużenia przymusu; w tabeli przedłużenia stosowania unieruchomienia lub izolacji wpis z godz. 16:30 w dniu 17 lutego - tylko jeden lekarz podejmował decyzję o przedłużeniu zabezpieczenia (a była to już 22 godzina trwania przymusu), brak jakichkolwiek informacji (brak pieczętek, nazwiska) kto przedłużał zabezpieczenie w godzinach 22:30 i 4:30; w tabeli przedłużenia stosowania unieruchomienia lub izolacji wpis z dnia 18 lutego o godz. 10:30 – tylko 1 lekarz przedłużający zabezpieczenie (to już 40 godzina ciągłego trwania zabezpieczenia), podobnie o godz. 16:30, natomiast o godz. 22.30 brak jakichkolwiek informacji, kto podjął decyzję o przedłużeniu zabezpieczenia.

Podkreślenia wymaga, że w historii choroby nie było wpisu o zastosowaniu przymusu bezpośredniego. Nie umieszczono informacji o zastosowaniu przymusu także w książce raportów pielęgniarskich.

- 2) (*dane usunięto*) (oddział II): unieruchomienie od 12 stycznia 2016 r. o godz. 12:45 do godziny 16.45.

Na druku zawiadomienia kierowanym do kierownika podmiotu leczniczego następujące uchybienia: brak zaznaczenia, jaki był przebieg zabezpieczenia; brak zaznaczenia, jakie były skutki zastosowania przymusu; brak informacji czy przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedzono o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty; brak oceny kierownika podmiotu leczniczego lub upoważnionego lekarza.

- 3) (*dane usunięto*) (oddział III): unieruchomienie od 11 lutego 2016 r. od godz. 23:30 do 12 lutego 2016 r. o godz. 15:30.

Na druku zawiadomienia kierowanym do kierownika podmiotu leczniczego następujące uchybienia: brak imienia i nazwiska kierownika; brak zaznaczenia, jaki był przebieg zabezpieczenia; brak zaznaczenia, jakie były skutki zastosowania przymusu; brak oceny kierownika podmiotu leczniczego lub upoważnionego lekarza.

Na karcie zastosowania unieruchomienia lub izolacji: brak czasowego uwolnienia między godz. 3:45 a 9:15 oraz 9:45 a 15:15 w dniu 12 lutego 2016 r.; z zaznaczonych informacji wynika, że w tym okresie nie były podawane pacjentce płyny doustnie (16 godzin); w tabeli przedłużenie stosowania unieruchomienia lub izolacji wpisy potwierdzone pieczętką lekarską o godz. 3:30 i 9:30 w dniu 12 lutego 2016 r. nie zawierają informacji o przyczynach przedłużenia przymusu.

4) (*dane usunięto*): unieruchomienie w dniach od 12 lutego 2016 r. od godz. 15:30 do 13 lutego 2016 r. o godz. 7:30.

Wynika z tego, że bezpośrednio po zakończeniu poprzedniego okresu unieruchomienia trwającego 16 godzin podjęto decyzję o kolejnym zabezpieczeniu, bez jakiegokolwiek przerwy, wobec tego ten kolejny okres zabezpieczenia należy potraktować jako ciągłość zabezpieczenia rozpoczętego w dniu 11 lutego 2016r o godz. 22:30.

Na karcie zastosowania unieruchomienia lub izolacji: brak uwolnienia w godz. 19:45 – 0:15 oraz 1:45-7:15 w dniu 13 lutego 2016 r.

Z powyższego wynika, że kontrola lekarska zabezpieczeń i sposób ich dokumentowania budzi duże zastrzeżenia. W przytoczonych przykładach stwierdzono brak informacji, który z lekarzy podejmował decyzję o przedłużeniu zabezpieczenia, a jeśli nawet takie informacje były podane, brakowało wskazania przyczyn jego przedłużania na kolejne okresy. W przypadku przedłużenia trwającym nieprzerwanie powyżej 16 godzin brakowało akceptacji przez 2 lekarzy. Nie było także informacji, czy w przypadku przedłużenia trwającego nieprzerwanie przez 24 godziny, przekazano informację o tym fakcie do kierownika/ordynatora oddziału. W związku z powyższym przedstawiciele KMP zalecają prowadzenie dokumentacji dotyczącej zastosowania przymusu zgodnie z § 13 rozporządzenia, dokonywanie oceny zasadności jego zastosowania, jak również odnotowywanie tej kwestii w dokumentacji indywidualnej pacjentów i należyłą kontrolę.

Powyższe zastrzeżenia zostały przedstawione podczas spotkania kończącego wizytację, prezes Szpitala zobowiązał się wyeliminować wskazane nieprawidłowości od ręki. Przedstawiciele KMP proszą o informację o podjętych w tym zakresie działaniach.

Nadzór pielęgniarski nad pacjentami pozostającymi w unieruchomieniu był także nieprawidłowy. Stwierdzono brak uwolnienia całkowitego lub częściowego w okresach dłuższych niż 4 godziny. Brak podaży płynów doustnych przez 16 godzin trwającego nieustanie zabezpieczenia spełnia znamiona nieludzkiego traktowania. Niedopuszczalne jest, aby pacjent nie mógł zaspokoić pragnienia przez tak długi czas. Przedstawiciele KMP przypominają o konieczności respektowania § 11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia, zgodnie z którym 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. Podczas rozmowy podsumowującej lek. med. Marek Szewczyk wyraził



wątpliwość co do możliwości czasowego zwolnienia pacjentów w każdym przypadku, bowiem część z nich pozostaje agresywna przez cały okres trwania unieruchomienia. Ekspert KMP zasugerował, aby w tym przypadku odnotować powód odstąpienia od tej czynności.

Ekspert KMP zauważył także, że zakres informacji wpisywanych do raportów pielęgniarskich, dotyczących zastosowania przymusu bezpośredniego jest niepełny. Na ogół zawiera tylko przyczyny zastosowania unieruchomienia, pomija natomiast informacje o osobie zlecającej, osobach wykonujących, przebiegu, czasie stosowania oraz informacje o uprzedzeniu tej osoby, że przymus ma być wobec niej zastosowany.

W dokumentacji indywidualnej pacjentów istnieją regularne wpisy (zwłaszcza w oddz. II - nawet kilka razy w tygodniu) dotyczące oceny stanu psychicznego. Informacje o stanie somatycznym są umieszczane sporadycznie, na ogół w przypadkach jeśli stan fizyczny ulega pogorszeniu. Ekspert KMP zwrócił uwagę na brak odnotowania zaleceń i planu terapeutycznego, co sprawia, że trudno jest ocenić właściwe diagnozowanie problemów poszczególnych pacjentów i wyboru skutecznej pomocy. Z rozmów z personelem lekarskim poszczególnych oddziałów ekspert wywnioskował, że są oni dobrze zorientowani w problemach zdrowotnych pacjentów, którymi się opiekują. Niemniej jednak konieczne jest prowadzenie rzetelnych wpisów w zakresie oceny stanu zdrowia pacjenta, propozycji i efektów oddziaływań.

Podczas rozmów z wizytującymi, pacjenci nie zgłaszali uwag w zakresie udzielanej im opieki medycznej.

## 8. Prawo do informacji

Na ogólnodostępnej tablicy informacyjnej w oddziale I, widnieją adresy poradni, do których pacjenci mogą się zgłosić. W oddziale III pacjenci mają stały dostęp do harmonogramu funkcjonowania oddziału oraz jego regulaminu. Karta praw pacjenta oraz ustawa o ochronie zdrowia psychicznego znajdują się w gabinecie zabiegowym. Pracownicy BRPO zwracają uwagę, że pacjenci powinni mieć stały, nieograniczony dostęp do regulaminów oddziałów, informacji o swoich prawach, a także adresów instytucji stojących na straży praw człowieka m.in. Biura Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii 0 800 676 676), sądu rodzinnego czy Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.

Jedynie w oddziale II udostępniony był adres Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego wraz ze wskazaniem dni jego dyżurowania. Zdaniem przedstawicieli KMP, także pacjenci pozostałych oddziałów powinni mieć dostęp do tych informacji.

Podczas rozmów z pacjentami wizytujący odebrali informacje, iż przy przyjęciu nie byli informowani o regulaminie oddziału, nie pamiętali także faktu poświadczania zapoznania się z nim na piśmie. Słowa pacjentów odzwierciedla dokumentacja, w której brakowało oświadczeń o zapoznaniu się z regulaminem. Powyższe wymaga uzupełnienia.

Pacjenci pytani o prawo do skargi, wskazali, iż mają możliwość zgłoszenia ich podczas spotkań społeczności. Poszerzenia wymaga ich świadomość w tym względzie, bowiem pacjenci powinni mieć możliwość zgłoszenia się do dyrektora szpitala lub innych instytucji.

Pacjenci przebywający w oddziałach mają pełny dostęp do dokumentacji medycznej. Załączony do historii choroby druk oświadczenia o udzieleniu zgody na dostęp do dokumentacji medycznej i dostępie do informacji, druk świadomej zgody na wykonanie zabiegu lekarskiego, druk informacji o przetwarzaniu danych osobowych – często są niewypełnione lub wypełnione częściowo. Przedstawiciele KMP zalecają rzetelne prowadzenie dokumentacji.

#### 9. Prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym

Zgodnie z pisemną informacją udzieloną wizytującym, pacjenci po ustabilizowaniu stanu zdrowia psychicznego otrzymują zgodę na opuszczenie oddziału. Ordynator oddziału I poinformowała wizytujących, że osoby, które posiadają tzw. wolne wyjścia mogą samodzielnie opuszczać oddział i poruszać się po terenie szpitala tj. wyjścia na spacer, do sklepu, czy udział we mszy świętej. Zasadą jest, że pierwsze wyjście realizowane jest z osobą towarzyszącą. Zgodnie z informacją udzieloną wizytującym w III oddziale, zgoda na opuszczanie oddziału wpisywana jest do karty zleceń. Co sobotę, przed wyjściem do kościoła weryfikowany jest stan pacjenta.

Pacjenci, którzy nie otrzymali zgody na samodzielne wyjścia, mają spacer organizowane przez terapeutkę zajęciową. Brak w tym względzie jednak jednolitej praktyki. Dla przykładu, w oddziale I realizowane są one w poniedziałki, środy i piątki, a dla oddziału II – od poniedziałku do piątku. Przedstawiciele KMP pragną zauważyć, że możliwość skorzystania ze świeżego powietrza powinna być zapewniona codziennie, o ile pozwalają na to warunki pogodowe. Największe ograniczenie w tym zakresie

dotyczy zaś osób umieszczonych w salach obserwacyjnych, które nie mają prawa opuścić oddziału. Decyzja ta wynika jednak z ich stanu psychofizycznego i względów bezpieczeństwa.

Zwrócenia uwagi wymaga, iż w oddziale II wprowadzone zostały większe restrykcje w zakresie wyjść pacjentów. Nie funkcjonują tu bowiem tzw. wolne wyjścia do sklepu czy kaplicy. Za zgodą lekarza pacjent może opuścić oddział jedynie w towarzystwie rodziny. Przedstawiciele KMP stoją na stanowisku, że wprowadzanie niejednolitej praktyki w tym zakresie jest nieuzasadnione, ponieważ na każdym z oddziałów przebywa podobna populacja pacjentów. Pracownicy BRPO zalecają ujednoczenie zasad przyznawania tzw. wolnych wyjść oraz odstąpienie od zakazu samodzielnego opuszczania oddziału względem wszystkich.

Osoby, które nie opuszczają oddziałów mogą realizować zakupy za pośrednictwem innych pacjentów lub personelu.

Pacjenci mogą korzystać z telefonów komórkowych, stanowiących ich własność. Wobec osób przebywających w salach obserwacyjnych pozwolenie jest ustalane indywidualnie.

Jedynie na oddziale I zainstalowany został aparat telefoniczny do dyspozycji pacjentów. Pacjenci oddziału II, którzy nie posiadają prywatnych telefonów komórkowych, mogą korzystać z aparatu znajdującego się w gabinecie zabiegowym. Zwrócenia uwagi wymaga, że rozmowa telefoniczna odbywa się w obecności personelu (o czym wizytujących poinformowali pracownicy). Powyższa praktyka jest niezgodna z art. 49 Konstytucji RP, stanowiącym że *zapewnia się wolność i ochronę tajemnicy komunikowania się. Ich ograniczenie może nastąpić jedynie w przypadkach określonych w ustawie i w sposób w niej określony*. Tymczasem ustawa o ochronie zdrowia psychicznego nie wprowadza żadnych restrykcji w tym zakresie. Przedstawiciele KMP zalecają zapewnienie pacjentom prywatności w czasie prowadzenia przez nich rozmów telefonicznych.

W zakresie grona odwiedzających osób nie ma ograniczenia, iż muszą być członkami rodziny. Zasadą jest, że pacjent wyraża zgodę na spotkanie. W rozmowach z wizytującymi, pacjenci nie wnosili uwag w zakresie odwiedzin. Niemniej jednak przedstawiciele KMP odnotowali, że wejście na oddział I i III mają dzieci od 14 r. ż, na oddział II mogą wchodzić już 7-latki. Decyzję w tym zakresie podejmuje ordynator. Miejscem odwiedzin w II oddziale jest stolik przy wejściu, w pozostałych oddziałach są

to natomiast sale chorych, jadalnia. Jak poinformował wizytujących prezes Szpitala, istnieje możliwość spotkania z rodziną poza oddziałem. Pracownicy BRPO podkreślają, że nie każdy pacjent ma zgodę na opuszczanie oddziału, w związku z czym poddają pod rozwagę wyodrębnienie pomieszczeń do spotkań z bliskimi.

W trakcie trwania hospitalizacji pacjentom udzielane są przepustki zarówno celem załatwienia spraw osobistych, jak i kontrolne odnośnie procesu leczenia. Udzielanie przepustek uzależnione jest od aktualnego stanu psychicznego chorego.

#### 10. Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne

W szpitalu zatrudnionych jest 4 terapeutów zajęciowych, przypisanych do oddziałów na różnych zasadach: dla oddziału I i II jest po 1 osobie na cały etat, na III oddziale zatrudnione są 2 osoby, każda po pół etatu. Zdaniem eksperta KMP, w oddziałach zatrudniona jest minimalna lub wręcz za mała ilość terapeutów zajęciowych, co wpływa na jakość udzielanych świadczeń. Liczba personelu powinna być większa także dlatego, że jak pokazuje statystyka obłożenia łóżek za 2015 r. (oddz. I 104,7 %, oddz. II 105,7%, oddz. III 107,6 %) obciążenie pracą personelu medycznego i terapeutycznego jest większe niż zakłada to umowa z NFZ.

Zastrzeżenia przedstawicieli KMP wzbudził fakt, iż w oddziale I i II nie została wyodrębniona sala do terapii zajęciowej. Dla wskazanych oddziałów rolę tę pełni stołówka. Przedstawiciele KMP zwracają uwagę, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych (Dz. U. z 2014 r., poz. 522) zakłada szereg oddziaływań, w tym terapię zajęciową, arteterapię. Ich realizowanie wydaje się być niemożliwe bez odpowiedniego zaplecza, jakim jest sala do terapii, wyposażona w niezbędne materiały do pracy. Prezes Szpitala poinformował wizytujących, że wyodrębnienie sal w oddziale I i II będzie trudne ze względu na kubaturę placówki. Pracownicy BRPO zwracają się do prezesa Szpitala z pytaniem, czy udało się opracować rozwiązanie tej kwestii.

Pacjenci z oddziału II wskazywali, że nie ma atrakcyjnej terapii dedykowanej mężczyznom. Oferta zawierająca prace manualne jest zdaniem wizytujących zbyt uboga i wymaga urozmaicenia (co wiąże się z wyodrębnieniem sal terapii zajęciowej w każdym oddziale).

W indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów znajdują się wpisy dokonywane przez psychologów. Zawierają one informacje wykorzystywane w procesie

diagnostyczno-terapeutycznym. W uzasadnionych przypadkach, po konsultacji z lekarzem leczącym wykonywane są odpowiednie testy diagnostyczne (np. MMSE, WISC-R). Psycholog pracujący w oddziale II jest jednocześnie psychoterapeutą behawioralno-poznawczym i prowadzi cykle psychoterapeutyczne u pacjentów oddziału po ustaleniu wskazań z ordynatorem oddziału. Taka forma oddziaływań psychoterapeutycznych jest jak najbardziej godna powielania także w innych oddziałach. Kolejnym pozytywnym oddziaływaniem terapeutycznym są cotygodniowe popołudniowe wtorkowe spotkania pacjentów uzależnionych od alkoholu w ramach oddziaływań AA. W tych spotkaniach możliwość uczestnictwa mają pacjenci z wszystkich oddziałów.

Zastrzeżenia eksperta KMP wzbudził fakt, iż w historiach chorób nie ma wpisywanych zaleceń dotyczących leczenia i planu terapeutycznego. Przy części wpisów obserwacji brakowało czytelnego podpisu/pieczętki osoby dokonującej wpisu. Przedstawiciele Mechanizmu zalecają tworzenie, aktualizowanie i opisywanie przebiegu procesu terapeutycznego.

#### 11. Warunki bytowe

Warunki pobytu zapewnione pacjentom wizytujący ocenili jako bardzo dobre. Oddziały są wyremontowane, spełniające standardy w zakresie czystości.

Zastrzeżenia pracowników BRPO wzbudziła informacja, iż w razie przekroczenia limitu miejsc w oddziałach, a w konsekwencji – pojemności sal, ustawiane są tzw. dostawki. Przedstawiciele KMP podkreślają, że przebywanie pacjenta na korytarzu nie można uznać za zapewnienie odpowiednich warunków do leczenia. Pobyt na korytarzu może być wręcz odczuwany przez część osób jako uwłaczający godności. Warto dodać, że standardy wypracowane przez Europejski Komitet Zapobiegania Torturom (CPT), nie dopuszczają innego zakwaterowania pacjentów, aniżeli w salach chorych. Co więcej, Komitet przywiązuje dużą wagę do wyglądu tych miejsc. Zgodnie ze stanowiskiem CPT, należy przykładac 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 (§ 34 Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98) 12]). Przedstawiciele KMP rozumieją konieczność dokonania przyjęcia osoby w złym stanie psychicznym, jednak należy dążyć do wyeliminowania umieszczania pacjentów na korytarzach.

Powyższe ma tym większe znaczenie przy stosowaniu unieruchomienia. Przebywanie w tym czasie na korytarzu nie tylko stanowi naruszenie godności pacjenta, ale też stwarza dla niego zagrożenie ze strony pozostałych osób. Przedstawiciele KMP zalecają natychmiastowe zaprzestanie stosowania opisanej praktyki. W rozmowie z wizytującymi, prezes Szpitala oznajmił, że personel będzie się starał przenosić takich pacjentów do sal obserwacyjnych.

Uwagę wizytujących wzbudził jednak fakt, że nie we wszystkich salach pacjentów zapewniony był dostęp do łóżek z 3 stron. Świadczy to o braku realizacji wymogu ujętego w § 18 i 19 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). Przedstawiciele KMP zalecają respektowanie ww. przepisu.

Odzież prywatną pacjenci mogą przechowywać w szafach umieszczonych w salach. Przedstawiciele KMP zwracają jednak uwagę, iż zapewnienie 1 szafy w sali, zwłaszcza wieloosobowej (np. dla 7 pacjentów) nie zaspokaja potrzeb pacjentów w omawianym zakresie. W rezultacie część z nich przechowuje odzież w torbach podróżnych lub workach, ustawionych pod łózkami. W związku z powyższym, przedstawiciele KMP zalecają doposażenie pokoi w szafy, stosownie do ich pojemności.

Monitoringiem wizyjnym objęte zostały sale obserwacyjne oraz korytarze. Uwagę pracowników BRPO zwrócił fakt, iż podgląd z kamer dostępny jest w części korytarza, do której dostęp mają pacjenci. Rozwiązanie to należy uznać za nieprawidłowe, ponieważ nadzór nad pacjentami powinni mieć wyłącznie pracownicy szpitala. Podkreślenia przy tym wymaga, iż z uwagi na brak stosowania parawanu podczas unieruchomienia, naraża osoby poddawane przymusowi bezpośredniemu na obserwację przez dużą grupę osób, także przy dokonywaniu czynności fizjologicznych, co narusza ich intymność. Zwłaszcza, że podczas czynności higienicznych na oddziale III nie stosuje się parawanów. Przedstawiciele KMP zalecają zmianę miejsca podglądu monitoringu, aby był on dostępny wyłącznie dla personelu oddziałów.

Inną kwestię stanowi problem systemowy umieszczania w szpitalach psychiatrycznych kamer monitoringu wizyjnego. 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.

Zastrzeżenia wizytujących wzbudziła toaleta w oddziale III, w której prysznic nie posiadał żadnej przesłony gwarantującej intymność. W związku z tym przedstawiciele KMP zalecają jej uzupełnienie w celu osłonięcia kąpiących się pacjentów przed wzrokiem osób trzecich. Podobne zastrzeżenia wzbudził fakt, iż miska ustępowa w toalecie w oddziale II nie jest w żaden sposób osłonięta. Pacjenci w rozmowach z wizytującymi także podnosili ten problem. Także w tym przypadku konieczne jest zapewnienie intymności.

Według informacji przekazanych przedstawicielom KMP w oddziale III, pacjenci mogą korzystać z toalet o każdej porze, natomiast łazienki są otwarte w godz. 6:00-10:00 i 17:00-21:00 oraz na życzenie pacjentów. Pracownicy BRPO uważają, że należy wyeliminować reglamentowanie dostępu do pryszniców. Rozwiązania przyjętego w Szpitalu nie uzasadniają kwestie bezpieczeństwa, bowiem w innych placówkach tego typu stosuje się z powodzeniem inną praktykę. Przedstawiciele Mechanizmu zalecają umożliwienie pacjentom nieskrępowanego korzystania z pryszniców.

Przedstawiciele KMP pozytywnie oceniają możliwość zrobienia przez pacjentów ciepłego napoju, dzięki czajnikom udostępnionym na każdym oddziale.

Pacjenci pozytywnie wyrażali się na temat zapewnianego im wyżywienia.

## 12. Sytuacja osób z niepełnosprawnościami

Oceniając kwestię dostosowania wizytowanej placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami wskazać należy, iż nie spełnia ona wielu standardów w tym zakresie.

Największe zastrzeżenia przedstawiciele KMP poczynili w kwestii dostosowania toalet do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową. Wskazane byłoby spełnienie poniższych standardów:

- brodzik nie posiadający progu lub do 2 cm wysokości;
- wysokość muszli ustępowej powinna oscylować między 45 a 55 cm;
- 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);
- umywalka na wysokości 85 cm – górna krawędź i 70 cm – dolna krawędź z możliwością podjazdu wózkiem;
- lustra w łazienkach zawieszane na wysokości do 100 cm od posadzki (dolna krawędź; pożądanym byłyby lustra umożliwiające ich pochylanie);
- stosowanie baterii jednouchwytowych z wydłużoną rączką lub na fotokomórkę, ułatwiającą korzystanie z nich osobom z niedowładem kończyn górnych.

## 13. Prawo do praktyk religijnych

Pacjenci, którzy posiadają tzw. wolne wyjścia wychodzą grupowo na msze.

Zgodnie z informacjami przekazanymi przez personel oddziału III, kapelan szpitala nie wizytuje pacjentów, mimo iż powinien on pełnić posługę indywidualną w oddziałach. Podobną uwagę zgłosił jeden pacjent z oddziału II.

Przedstawiciele KMP zwracają uwagę, iż nie wszyscy pacjenci mogą opuszczać oddział i wyjść do kaplicy. Nie powinno się to jednak wiązać z brakiem możliwości realizacji ich prawa do praktyk religijnych. W związku z powyższym zalecają zobowiązanie kapelana do odwiedzania pacjentów na każdym oddziale. Prezes szpitala zadeklarował rozmowę z księdzem.



#### 14. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT, przedstawiciele KMP zalecają Prezesowi Szpitala:

1. przyjmowanie pacjenta zgodnie z art. 23 ust. 2 ustawy, w razie możliwości przez 2 osoby;
2. dążenie do wyeliminowania umieszczania pacjentów na korytarzach;
3. kontynuowanie działań w celu spełnienia minimum zatrudnienia lekarzy określonego w spełnia minimum określonego w zarządzeniu Nr 79/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 grudnia 2013 r.;
4. zwiększenie zatrudnienia terapeutów zajęciowych;
5. wyodrębnienie sali do terapii zajęciowej dla każdego oddziału;
6. stosowanie unieruchomienia z wykorzystaniem parawanów gwarantujących intymność osobie poddanej przymusowi bezpośredniemu;
7. zwalnianie pacjentów z unieruchomienia stosownie do § 11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia;
8. ujednolicenie praktyki w zakresie wolnych wyjść pacjentów oraz organizowanie codziennych spacerów, o ile warunki pogodowe na to pozwalają;
9. wyeliminowanie praktyki obecności personelu podczas rozmów telefonicznych pacjentów, wykonywanych z telefonu służbowego;
10. prowadzenie dokumentacji dotyczącej zastosowania przymusu zgodnie z § 13 rozporządzenia oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania, jak również odnotowywanie tej kwestii w dokumentacji indywidualnej pacjentów;
11. umieszczanie w dokumentacji indywidualnej pacjentów zawiadomienia i postanowienia sądu o przyjęciu oraz nadesłanie brakujących kopii;
12. bezzwłoczne przeprowadzanie oraz odnotowywanie badania stanu psychicznego i somatycznego pacjenta przy przyjęciu do Szpitala;
13. regularne odnotowywanie przez lekarzy oceny stanu zdrowia pacjenta, propozycji i efektów oddziaływań w ramach planu terapeutycznego;
14. rzetelne odnotowywanie w raportach pielęgniarских stosowania przymusu bezpośredniego;
15. zapewnienie warunków w salach chorych gwarantujących dostęp do łóżek pacjentów zgodnie z wymogami zawartymi w § 18 i 19 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);
16. zmianę miejsca podglądu monitoringu, aby był on dostępny wyłącznie dla personelu oddziałów;
  17. zapewnienie intymności osobom korzystającym z wszystkich pryszniców oraz misek ustępowych oraz umożliwienie korzystania z nich o każdej porze;
  18. wyposażenie sal pacjentów w szafy, stosownie do ich pojemności;
  19. zapoznavanie pacjentów z ich prawami podczas przyjęcia oraz odbieranie podpisów pod stosownymi oświadczeniami;
  20. wyeliminowanie nieprawidłowości w zakresie dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami;
  21. rozważenie wyodrębnienia pomieszczeń do spotkań z rodziną w ramach oddziałów;
  22. przypomnienie pacjentom o możliwości omawiania stanu zdrowia podczas spotkań indywidualnych oraz przedstawienie informacji o krokach podjętych w tym celu;
  23. zorganizowanie szkoleń dla personelu m.in. z zakresu praw pacjenta, prowadzenia dokumentacji, przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, komunikacji interpersonalnej i oddziaływań terapeutycznych;
  24. uzupełnienie informacji zamieszczonych na tablicy informacyjnej o regulaminy oddziałów, kartę praw pacjenta, adresy Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem na ogólnopolską, bezpłatną infolinię – 800 676 676) sędziego rodzinnego i Helsińskiej Fundacji Praw Człowiek oraz informacji o dyżurach Rzecznika Praw Pacjenta;
  25. usunięcie z oddziału I kartki o treści *nie siadać. miejsce dla personelu*;
  26. zobowiązanie kapelana do wizytowania wszystkich oddziałów.