

Warszawa, dnia 10 listopada 2015 r.

KMP.574.10.2015.MKu

**Raport**  
**przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji**  
**z wizytacji Wojewódzkiego Podkarpackiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof.**  
**Eugeniusza Brzezickiego w Żurawicy**  
**(Wyciąg)**

**1. Wstęp**

Na podstawie artykułu 19 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego 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 dniach 25-26 sierpnia 2015 r. do Wojewódzkiego Podkarpackiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Eugeniusza Brzezickiego (dalej: szpital) udali się przedstawiciele Zespołu „Krajowy Mechanizm Prewencji” (dalej: KMP, mechanizm): Dorota Krzysztoń (kryminolog), Magdalena Filipiak (psycholog, prawnik), Maria Sobocińska-Szeluga (lekarz medycyny pracy) oraz Marcin Kusy i Rafał Kulas (prawnicy).

Celem wizytacji zapobiegawczej przedstawicieli KMP było sprawdzenie na miejscu sposobu przestrzegania praw osób umieszczonych w oddziałach psychiatrycznych (dalej: oddział), dokonując oceny pod względem ich ochrony przed torturami oraz innym, nieludzkim 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. Aleksandrą Mazur – zastępcą dyrektora ds. leczenia;
- dokonano oglądu pomieszczeń, w tym: pokoi pacjentów, sanitariatów, sal terapii;
- w toku oglądu przeprowadzono rozmowy z pracownikami oddziałów;
- przeprowadzono rozmowy indywidualne z wybranymi pacjentami;
- poddano analizie wybraną dokumentację.

Ustalenia dokonane w ramach powyższych czynności wizytujący przekazali zastępcy dyrektora szpitala i wysłuchali jej uwag i wyjaśnień.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano wybraną dokumentację związaną z funkcjonowaniem oddziałów.

## **2. Charakterystyka wizytowanych oddziału**

Opieka psychiatryczna w szpitalu realizowana jest w ramach leczenia szpitalnego, którego struktura obejmuje: izbę przyjęć, oddział psychiatryczny ogólny nr 1, oddział psychiatryczny ogólny nr 2, oddział terapii uzależnień od alkoholu, oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, sekcję terapii uzależnień od alkoholu, pracownię fizykoterapii i EEG, medyczne laboratorium diagnostyczne oraz aptekę.

Oddział psychiatryczny ogólny nr 1 przeznaczony jest dla kobiet, z liczbą 60 łóżek. W związku z trwającym remontem oddziału jego pojemność ograniczona została do 40 miejsc.

W oddziale nr 2 przebywają chorzy mężczyźni, zaś kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia obejmował 55 łóżek. W dniach wizytacji przebywało w nim 64 pacjentów. Stan ten nie wymagał jednakże organizowania miejsc dla chorych na korytarzu.

## **3. Legalność pobytu**

Analiza dokumentacji indywidualnej pacjentów wykazała, iż w przypadku (dane osobowe usunięto), przyjętego do szpitala w dniu 7 sierpnia 2015 r., zatwierdzenie lekarza o przyjęciu bez zgody zostało wystawione 10 sierpnia 2015 r., zatem po ustawowym 48-godzinnym terminie. Wizytujący zalecają zachowanie staranności w przestrzeganiu terminów zawiadomień o przyjęciu pacjenta bez zgody na hospitalizację.

W pozostałych przypadkach wizytujący nie stwierdzili wad w procedowaniu związanym z przyjęciem do placówki osób bez zgody i w działaniu wobec tych pacjentów, którzy zgodę tą cofnęli. Każdorazowo o przyjęciu pacjenta do szpitala decydował lekarz

wyznaczony do tej czynności po osobistym zbadaniu pacjenta. Jego decyzja zatwierdzana było 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.

#### **4. Traktowanie**

Zgodnie z przekazanymi przez administrację szpitala informacjami, wobec personelu oddziałów nie były prowadzone postępowania dyscyplinarne. Nie było także zawiadomień o podejrzeniu popełnienia przestępstwa przez pracowników. W dniach wizytacji przeciwko szpitalowi prowadzone były dwa postępowania cywilne o odszkodowanie. Jedno z nich dotyczyło samopodpalenia pacjentki (prokurator nie dopatrywał się zaniedbań ze strony szpitala), drugie zaś związane było ze śmiercią pacjenta w skutek powikłań po opuszczeniu szpitala.

Prawa i obowiązki pacjentów sprecyzowane są w regulaminach dla pacjentów oddziałów. Wątpliwości wizytujących wzbudzają zapisy § 16 pkt 4, które zobowiązują pielęgniarkę do „przeprowadzania monitoringu pomieszczeń, w których pacjent przebywa oraz łóżek i szafek przyłóżkowych”. W związku z tym, iż pojęcie „monitoring” może być rozumiane na różne sposoby, przedstawiciele KMP proszą o wyjaśnienie na czym czynność ta polega.

Opierając się na rozmowach przedstawicieli mechanizmu przeprowadzonych z pacjentami, należy stwierdzić, że w oddziałach nie mają miejsca przypadki niewłaściwego traktowania, słownego czy też fizycznego. Ponadto pacjenci wskazywali, że panuje w nich dobra atmosfera, a personel dba o ich potrzeby. Rozmówcy wizytujących zaznaczyli, że pracownicy szpitala zwracają się do nich używając grzecznościowej formy Pan/Pani.

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

W rozmowach indywidualnych pacjenci oddziału 1 wskazywali na stosowanie środków dyscyplinarnych przez pielęgniarki i salową, w postaci: mycia stolików, układania krzeseł, noszenia wiader oraz przenoszenia na salę obserwacyjną. W związku z uzyskanymi w tym zakresie informacjami należy zauważyć, że personel szpitala nie jest uprawniony do dyscyplinowania pacjentów. Reprezentanci mechanizmu zalecają odstąpienie od opisanej praktyki.

Ponadto rozmówcy wskazywali na konieczność rozbierania się w izbie przyjęć, nie wskazując, czy wynikało to z dokonywania kontroli osobistej czy badania lekarskiego.

Wskazując brak podstaw personelu do dokonywania kontroli osobistej pacjentów, wizytujący zwracają się z prośbą do dyrekcji szpitala o zweryfikowanie uzyskanych informacji, a w przypadku potwierdzenia przeprowadzania kontroli osobistej pacjentów, zaprzestanie jej dokonywania.

Analiza raportu pielęgniarskiego oddziału I wykazała, iż pacjenci będący pod wpływem alkoholu umieszczani są „na dostawce” na korytarzu (dane osobowe usunięto). Zgodnie z uzyskanymi od zastępcy dyrektora wyjaśnieniami, praktyka ta spowodowana jest zapewnieniem bezpieczeństwa pozostałym pacjentom. Zdaniem wizytujących, choć nietrzeźwi pacjenci utrudniają sposób i proces leczenia, tudzież mogą być uciążliwi dla otoczenia, co może stanowić problem w zdrowieniu innych osób, powinni przebywać w salach chorych. Przyjęte zaś przez szpital rozwiązanie powinno być stosowane indywidualnie, przy faktycznym pobudzeniu zachowania nietrzeźwego.

Z przeanalizowanej dokumentacji medycznej, rozmów z personelem i pacjentami wynika, że przymus bezpośredni stosowano zgodnie z przepisami. Unieruchomienia stosowano wobec pacjentów pobudzonych, agresywnych wobec personelu lub innych 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 wieloosobowej sali obserwacyjnej i stosowane są parawany w celu zapewnienia pacjentowi intymności. Informacji tych w rozmowach nie potwierdzali pacjenci. Pracownicy BRPO zalecają każdorazowe zapewnienie intymności osobom unieruchamianym w salach wieloosobowych. 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), zwanego dalej: rozporządzeniem. 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*. Pracownicy BRPO zalecają zatem zapewnienie

intymności osobom unieruchamianym. Optymalnym rozwiązaniem tego zalecenia byłoby wyodrębnienie separetek do stosowania środków przymusu bezpośredniego w ramach zaplanowanego remontu generalnego szpitala.

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 decyzję podejmuje pielęgniarka, która niezwłocznie zawiadamia o tym lekarza.

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, zaś wpisy zasadniczo zgodne były z wpisami z raportów pielęgniarskich, oprócz jednego przypadku. Zgodnie z rejestrem środków przymusu (dane osobowe usunięto) przebywał w unieruchomieniu od dnia 02. 08. 2015 r. podczas gdy zapis w raporcie pielęgniarskim wskazuje datę 01. 08. 2015 r. Wizytujący zalecają większą dbałość w dokumentowaniu tak ważnej kwestii jak środki przymusu bezpośredniego.

Należy w tym miejscu poczynić kilka uwag dotyczących dokumentowania oraz przebiegu stosowania środków przymusu polegających na unieruchomieniu pasami.

- a) W karcie zastosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów: (dane osobowe usunięto) nie podano godziny i daty zakończenia stosowania unieruchomienia.
- b) Analiza raportów pielęgniarskich oddziału żeńskiego wykazała przypadki wydawania unieruchomionym pacjentkom pampersów na czas trwania przymusu bezpośredniego (dane osobowe usunięto), co świadczyć może o faktycznym niestosowaniu chwilowych zwolnień pacjentów z unieruchomienia, w celu skorzystania przez nich z WC. Zgodnie z § 11 ust. pkt 2 rozporządzenia *pielęgniarka zapewnia krótkotrwale 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.* Warto zauważyć, że przepis nie uzależnia zwolnienia od zachowania pacjenta. Nie nakazuje również, by zwolnienia nie odbywały się wcześniej niż przed upływem 4 godzin. W analizowanych sprawach krótkotrwale zwolnienia były wprawdzie realizowane (co 4 godziny), ale w wymienionych przypadkach pacjentki oddawały mocz do pampersa pozostając w pasach. 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.

- c) Stosowany w szpitalu rejestr środków przymusu bezpośredniego nie zawiera wszystkich informacji wymaganych załącznikiem nr 1 do wyżej wymienionego rozporządzenia. Brakuje w nim bowiem informacji o czasie trwania zastosowanego środka. Wskazane jest zatem stosowanie wzoru rejestru zgodnie z rozporządzeniem.
- d) Przy długotrwałych unieruchomieniach, przy konieczności założenia nowej karty obserwacji, personel od początku wypełnia kartę zastosowania unieruchomienia, wskazując jako początek zastosowania przymusu dzień wypełnienia nowej karty. Dodatkowo, karty obserwacji (tabelka godzinna) nie są wypełniane chronologicznie. Zdaniem wizytujących praktyka ta jest mało czytelna i wskazuje błędny czas faktycznego rozpoczęcia unieruchomienia. Wskazane byłoby zatem, aby w opisanej sytuacji do założonej już karty zastosowania unieruchomienia dokładać wyłącznie karty obserwacji.

Biorąc powyższe pod uwagę wizytujący zalecają wyeliminowanie opisanych nieprawidłowości.

## **5. Prawo do ochrony zdrowia**

Spotkania pacjentów z lekarzami odbywają się w sposób planowy, a także z inicjatywy pacjentów oraz w sytuacjach szczególnych takich jak pogorszenie stanu zdrowia. W sytuacjach nagłych, poza godzinami pracy personelu medycznego, badania pacjenta dokonuje lekarz dyżurny. Dyżury szpitalne zabezpieczone są przez 2 lekarzy dyżurnych obsługujących izbę chorych oraz wszystkie oddziały.

W przypadku wystąpienia zaburzeń natury somatycznej szpital zapewnia konsultacje lekarzy innej specjalności niż psychiatra. W szpitalu zatrudnionych jest 2 lekarzy chorób wewnętrznych, na pełnym etacie. W razie konieczności istnieje także możliwość skonsultowania pacjenta w Szpitalu Wojewódzkim w Przemyślu. Transport pacjentów do lekarzy specjalistów odbywa się w asyście personelu medycznego, a w czasie jego trwania nie są stosowane środki przymusu bezpośredniego.

W wizytowanym szpitalu istnieje możliwość, w ramach kompleksowej terapii dla pacjentów z rozpoznaniem uzależnieniem od alkoholu, wdrożenia terapii odwykowej. Możliwość ta jest istotna, gdyż liczba pacjentów z podwójną diagnozą (zaburzenia psychiczne i uzależnienie) jest stosunkowo wysoka.

Wizytowane oddziały oferują szeroki zakres leczenia farmakologicznego, w tym leków psychotropowych najnowszej generacji oraz leków służących do leczenia chorób somatycznych. Leki zlecane przez lekarzy oddziałów lub innych specjalistów dostępne są po ich wcześniejszym zamówieniu w aptece szpitalnej.

Dokumentacja medyczna prowadzona jest w wersji elektronicznej oraz papierowej. Wszelkie wpisy dokonywane są na bieżąco, niezwłocznie po udzieleniu świadczenia, przez osoby upoważnione. Zdaniem lekarza KMP dokumentacja pielęgniarska prowadzona jest prawidłowo, natomiast lekarska prowadzona jest mało czytelnie lub wprost nieczytelnie. W niektórych kartach brakowało numeracji stron oraz imienia i nazwiska pacjenta na każdej stronie. W związku z tym wskazane jest prowadzenie dokumentacji lekarskiej zgodnie z wymaganiami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2014 r., poz. 177).

Pacjenci nie mieli uwag w kwestii dostępu do lekarzy oraz zapewnionej im opieki medycznej. Również zdaniem eksperta KMP dostępność ta nie budzi zastrzeżeń.

## **6. Prawo do informacji**

W szpitalu pełni swoją funkcję Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, która zgodnie z relacją pacjentów, odwiedza ich w oddziałach i poza przyjmowaniem skarg, tłumaczy zasady pobytu, informuje o obowiązujących przepisach prawa.

W oddziałach, na tablicach informacyjnych wywieszono zostały informacje dotyczące dostępności Rzecznika Praw Pacjenta, regulaminy oddziału oraz różne komunikaty. Przedstawiciele KMP zalecają uzupełnienie podanych informacji 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), plan dnia, dostępność terapii oraz wszelkie informacje o codziennym funkcjonowaniu oddziału.

Administracja szpitala nie odbiera od pacjentów oświadczeń o zapoznaniu z regulaminem oddziałów. Praktyka ta wynika z faktu, iż stan pacjentów przy przyjęciu uniemożliwia dokonania tych czynności. W związku z tym na oddziałach wywieszony został obowiązujący regulamin, dzięki czemu pacjenci mają do niego stały, nieograniczony dostęp.

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.

W dniach wizytacji w szpitalu przebywał pacjent z Ukrainy, posługujący się językiem ukraińskim (dane osobowe usunięto). Z informacji udzielonej przez zastępcę dyrektora wynika, iż jedna z pielęgniarek posługuje się językiem ukraińskim i pełni rolę tłumacza. Tymczasem dokumentacja pacjenta zawierała informację, iż pełny wywiad jest niemożliwy do zrealizowania, gdyż pacjent posługuje się tylko językiem ukraińskim. Mimo to, w dalszej części dokumentacji znajduje się wpis o poinformowaniu pacjenta o prawach i obowiązkach. Wskazać w tym miejscu należy, iż do pacjenta został wezwany tłumacz języka rosyjskiego, a jak wynika z adnotacji na druku oceny ryzyka występowania zakażeń szpitalnych „pacjent nie chce odpowiadać na pytania w języku rosyjskim”. Dodatkowe zastrzeżenie budzi druk „informacja dotycząca skierowania do podmiotów leczniczych”, wypełniany przez Służbę Zdrowia Bieszczadzkiego Oddziału Straży Granicznej z siedzibą w Przemyślu, na którym mimo możliwości wyboru, nie zaznaczono potrzeby udziału tłumacza. W związku z opisaną sytuacją przedstawiciele KMP zalecają, aby wszelkie informacje dotyczące przyjęcia, praw i obowiązków, leczenia były przekazywane pacjentom w języku dla nich zrozumiałym za pośrednictwem tłumacza. Należy też zadbać, by podpisywane przez cudzoziemców oświadczenia były tłumaczone na język dla nich zrozumiały. Ważne jest również aby uczestniczący w czynnościach tłumacz podpisywał się pod drukami, które tłumaczył pacjentowi przed podpisaniem.

## **7. Prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym**

Pacjenci mają zapewniony kontakt ze światem zewnętrznym, poprzez prowadzenie korespondencji, rozmowy telefoniczne (ogólnie dostępny aparat samoinkasujący) oraz odwiedziny. W zależności od stanu psychofizycznego, chorzy mają też możliwość korzystania z przepustek i wyjść poza placówkę.

Zdeponowane telefony komórkowe pacjenci mogą używać przez godzinę dziennie. Ograniczenia takie wynikają z obawy przed używaniem przez pacjentów funkcji nagrywania i fotografowania innych. W ocenie przedstawicieli KMP powyższe ograniczenie nie ma umocowania w obowiązujących przepisach. W związku z tym przedstawiciele mechanizmu zalecają zaklejanie obiektywu w telefonach komórkowych taśmą typu VOID (w przypadku jej odklejenia nie jest możliwe ponowne jej użycie,



dzięki czemu personel placówki ma możliwość dostrzec przypadki próby nagrywania lub fotografowania) oraz umożliwienie pacjentom częstszego używania ich.

Korzystanie przez pacjentów z prawa do korespondencji nie jest ograniczane przez władze szpitalne.

Odwiedziny pacjentów odbywają się codziennie w godzinach 8<sup>00</sup>-20<sup>00</sup>. Odwiedziny realizowane są w oddziałach, w części świetlicowej. Zgodnie z informacją udzieloną przez zastępcę dyrektora spotkania z dziećmi, ze względu na praktykowany zakaz przebywania dzieci na oddziałach szpitalnych, odbywają się w parku na terenie szpitala, jednakże mogą z niego korzystać wyłącznie pacjenci posiadający wolne wyjścia. Przedstawiciele KMP rozumieją, że tego typu „niepisana” 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. Również „Zasady obowiązujące osoby odwiedzające” nie wprowadzają takich obostrzeń. W związku z powyższym, dobrym rozwiązaniem jest zorganizowanie odpowiedniego pomieszczenia przeznaczonego do widzeń pacjentów z ich dziećmi.

Oprócz wolnych wyjść, pacjentom którym stan zdrowia na to pozwala organizowane są wyjścia na spacer pod opieką terapeuty. Jest też grupa osób, którzy ze względu na swój stan zdrowia nie mogą opuszczać oddziałów.

## **8. Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne**

Oddziaływania pozafarmakologiczne odbywają się w budynku terapii.

W szpitalu zatrudnionych jest 4 terapeutów zajęciowych, prowadzą oni zajęcia od poniedziałku do piątku w godzinach 9<sup>00</sup> - 17<sup>30</sup>. W budynku terapii zorganizowane zostały m.in.: 4 sale plastyczne oraz sale sportowe. W czasie wizytacji z zajęć korzystało kilkanaście osób. Pacjentom oferowane są następujące formy terapii zajęciowej: ergoterapia (tkactwo, makrama, stolarstwo, kolaż, origami, decupage, mozaika, haft, dziewiarstwo), arteterapia, muzykoterapia, terapia ruchem, bibliotekoterapia, rekreacja.

W budynku terapii prowadzone są również zajęcia z psychologiem.

Wątpliwości wizytujących wzbudza organizowanie zajęć terapeutycznych wyłącznie poza oddziałami. Pacjenci, z którymi rozmawiali wizytujący wskazywali, iż aby wziąć udział w zajęciach muszą posiadać zgodę lekarza na wyjścia poza oddział, na oddziałach zaś nie są im oferowane żadne oddziaływania terapeutyczne, w tym zajęcia z terapii zajęciowej czy spacerów. Dodatkowo wskazywali, iż spacerów w formie

zorganizowanej, pod opieką terapeuty odbywają się wyłącznie w ramach terapii, co jest jednoznaczne z tym, iż pacjent bez zgody na udział w terapii oraz bez wolnych wyjść nie ma zapewnionego dostępu do zajęć na świeżym powietrzu. Praktykę potwierdzili pracownicy terapii.

Należy w tym miejscu podkreślić, iż zgodnie z zaleceniami Europejskiego Komitetu ds. Zapobiegania Torturom: „Pacjenci powinni mieć regularny dostęp do właściwie wyposażonych pokoi rekreacyjnych oraz mieć możliwość codziennych ćwiczeń na świeżym powietrzu; pożądane jest także stworzenie pacjentom możliwości nauki i odpowiedniej pracy” (§ 37 Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98)]).

W ocenie przedstawicieli mechanizmu należy tak zorganizować oddziaływania terapeutyczne aby dostęp do nich mieli również pacjenci nie posiadający zgody na opuszczenie oddziałów. 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 długotrwale.

Dodatkową kwestią jest to, iż oferta terapeutyczna nie obejmuje zajęć w weekendy. Tymczasem zgodnie z § 6.2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych (Dz.U z 2014 r., poz. 522) „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.

## **9. Personel**

Zespół terapeutyczny w oddziałach tworzą: kierownik i zastępca kierownika oddziału (lekarze psychiatrzy), psycholog, personel pielęgniarski, terapeuci zajęciowi oraz salowi.

W oddziale nr 1 zatrudnionych jest 2 lekarzy psychiatrów (pełen etat), 1 lekarz w trakcie specjalizacji (0,5 etatu), 1 psycholog (pełny etat), 3 instruktorów (pełen etat), 15 pielęgniarek (pełen etat). W oddziale nr 2 natomiast pracuje: 1 lekarz psychiatra (1 etat), 3 lekarzy psychiatrów w niepełnym wymiarze czasu pracy, 1 lekarz w trakcie specjalizacji (pełen etat), 2 psychologów (pełne etaty), 2 instruktorów terapii zajęciowej i 22 pielęgniarki (pełne etaty). Zgodnie z informacjami uzyskanymi od dyrekcji szpitala liczba zatrudnionych w oddziałach lekarzy psychiatrów jest niewystarczająca (brakuje co najmniej 2 specjalistów).

12-godzinne dyżury obsadzone są przez minimum 2 pielęgniarki na każdym z oddziałów. Większość z nich wykazuje się wieloletnim doświadczeniem klinicznym, w tym

opiece nad pacjentami psychicznie chorymi. Część pielęgniarek posiada specjalizację w zakresie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub jest po specjalizacyjnych kursach w tym temacie. Kilka pielęgniarek posiada wyższe wykształcenie medyczne.

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

Personel oddziałów bierze udział w szkoleniach związanych z czynnościami diagnostycznymi, terapeutycznymi oraz organizacyjnymi. W 2015 r. miały miejsce oraz zaplanowano szkolenia m.in. z zakresu udzielania pierwszej pomocy medycznej w stanach zagrożenia życia, zasad stosowania przymusu bezpośredniego, pracy z osobami chorymi psychicznie.

W kwestii szkoleń przedstawiciele KMP zalecają poszerzenie oferty organizowanych szkoleń dla kadry placówki o szkolenia z zakresu praw pacjenta. 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**

Wizytowane oddziały psychiatryczne mieszczą się w parterowym budynku. Warunki bytowe zapewnione w oddziale I są bardzo dobre. Pomieszczenia 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, 4 i 5 osobowe, natomiast w sali obserwacyjnej w dniach wizytacji znajdowało się 9 łóżek. Ponadto w oddziale tym zorganizowana została łazienka pacjentek, gabinet badań, gabinet pielęgniarski, świetlica, izolatka chorych, toaleta dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością. Sprzęt, w który zostały wyposażone sale chorych jest nowy.

Wątpliwości wizytujących wzbudza zamontowanie kamery w łazience pacjentek. Zgodnie z informacjami od personelu urządzenie to jest nieczynne, a jej zamontowanie w tym pomieszczeniu ma służyć prewencji nieodpowiedniego zachowania pacjentki. Przedstawiciele KMP uważają jednak, że instytucje stosujące atrapy kamer wprowadzają użytkowników danej przestrzeni w błąd co do rzeczywistego poziomu bezpieczeństwa. Są to metody, których nie przewidują obowiązujące przepisy prawne. Atrapy nie pełnią ani funkcji prewencyjnej, ani nie służą zapewnieniu bezpieczeństwa, a mają za cel spowodowanie większego zdyscyplinowania pacjentów. Podstawową kwestią jest jednak to, iż stosowanie monitoringu

w łazienkach narusza intymność osób korzystających z pomieszczenia. W związku z powyższym wizytujący zalecają odinstalowanie urządzenia.

Oddział II (męski) podzielony został na dwie części (A i B). Każda z nich, oprócz sal chorych posiada gabinety lekarskie, zabiegowe, sale obserwacyjne (2 sale po 10 łóżek), pomieszczenia sanitarne (WC, prysznice), łazienkę dla osób z niepełnosprawnością, świetlice, kuchenkę oddziałową oraz gabinety personelu. Generalnie warunki bytowe należy uznać za dobre (standard czystości i wyposażenia jak w oddziale I), co nie dotyczy sanitariatów, które zdaniem wizytujących wymagają remontu. Jak wynika z przedstawionej wizytującym dokumentacji kierownictwo oddziału II wielokrotnie zgłaszało do Działu Administracyjno-Gospodarczego szpitala konieczność odmalowania łazienek, wymiany drzwi w kabinach, malowania łazienki dla osób z niepełnosprawnością, pomalowania i usunięcia pęknięć na ścianach, pomalowania drzwi brudowników, usunięcia pęknięć wokół drzwi wejściowych do sal chorych. Prace te zostały zgłoszone do planu remontów w 2014 r., jednakże ten nie został wykonany. Wizytujący zalecają zatem niezwłoczne przeprowadzenie potrzebnych remontów na oddziale.

Wątpliwości wizytujących wzbudziły również rozwiązania przyjęte w salach obserwacyjnych. Zdaniem reprezentantów KMP w dniach wizytacji panowało nadmierne zagęszczenie, łóżka niemal stykały się ze sobą i nie było 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). Zaznaczyć w tym miejscu należy, iż wizytujący nie podważają konieczności prowadzenia obserwacji pacjentów, jednakże dostrzegają potrzebę zwiększenia liczby tego typu sal, gdyż w przypadku pełnego ich zaludnienia nie jest realizowany wymóg rozporządzenia oraz nie sprzyja to komfortowi psychicznemu pacjentów, co w konsekwencji może utrudniać zdrowienie.

Kolejną kwestią jest, iż zastosowane w salach obserwacyjnych lustra fenickie nie spełniają swej roli. Jak zaobserwowano, z korytarzy oraz dyżurek pielęgniarek nie widać sal ani pacjentów. W związku z tym mankamentem praktykowana jest obserwacja bezpośrednia przez pielęgniarkę siedzącą w drzwiach sal. Z uwagi na sposób obserwacji pacjenci umieszczeni w salach obserwacyjnych narażeni są na obserwowanie ich przez osoby trzecie poruszające się po korytarzu. Równie trudna dla pacjenta może być bezpośrednia obserwacja. Przedstawiciele mechanizmu zalecają zmianę sposobu obserwacji pacjentów w salach obserwacyjnych tak, aby mieli zapewniony spokój i intymność.

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

Zastrzeżeń w przedmiocie warunków bytowych nie wnosili rozmówcy wizytujących, oceniając je jako bardzo dobre.

### **11. Dostosowanie placówki do potrzeb osób niepełnosprawnych**

Pozytywnie należy ocenić również dostosowanie oddziałów do osób z niepełnosprawnością. Znajdują się w nim bowiem różne rozwiązania ułatwiające poruszanie się takim osobom, np. w pełni dostosowany sanitariat, szerokie, bezprogowe drzwi i przejścia. Jedynym zaobserwowanym mankamentem jest zorganizowanie jednej z sal terapii na pierwszym piętrze, a budynek terapeutyczny nie posiada windy. W związku z tym osoby poruszające się na wózkach, kulach, czy osoby starsze z problemami w poruszaniu się po schodach nie będą mogły skorzystać z pełnej oferty zajęć. Należy zauważyć, iż zgodnie z ratyfikowaną przez Polskę w dniu 6 września 2012 r. *Konwencją ONZ o prawach osób niepełnosprawnych* - aby umożliwić osobom niepełnosprawnym niezależne życie, Państwa strony podejmą odpowiednie środki obejmujące rozpoznanie i eliminację barier w zakresie dostępności budynków [art. 9 ust. 1, Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzonej w dniu 13 grudnia 2006 r. w Nowym Jorku (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169)].

### **12. Prawo do praktyk religijnych**

Szpital objęty jest opieką duszpasterską kapelana katolickiego, który odprawia msze na oddziałach szpitalnych. Z informacji od personelu wynikało, że w razie potrzeby możliwe jest zapewnienie opieki duszpasterskiej przez duchownych innych wyznań. Pacjenci, z którymi rozmawiali przedstawiciele KMP nie zgłaszali uwag odnośnie realizacji prawa do praktyk religijnych.

### **13. Zalecenia**

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

#### **I. Dyrektorowi Wojewódzkiego Podkarpackiego Szpitala Psychiatrycznego:**

1. zachowanie ustawowych terminów zawiadomień o przyjęciu pacjenta bez zgody na hospitalizację,

2. zaprzestanie dyscyplinowania pacjentów,
3. zaprzestanie umieszczania wszystkich pacjentów będących pod wpływem alkoholu na korytarzach oddziałów,
4. każdorazowe stosowanie parawanu przy stosowaniu unieruchomienia pacjentów,
5. zwalnianie pacjentów z unieruchomienia w celu załatwienia potrzeb fizjologicznych,
6. usunięcie atrapy kamery z pomieszczenia łazienki na oddziale żeńskim,
7. rozważenie możliwości wyodrębnienia jednoosobowego pomieszczenia do stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia,
8. stosowanie zgodnego ze wzorem rozporządzenia rejestru środków przymusu bezpośredniego oraz wyeliminowanie nieprawidłowości związanych z dokumentowaniem stosowania unieruchomienia, zgodnie z pkt 4 Raportu,
9. zorganizowanie oddziaływań terapeutycznych zgodnie z pkt 8 Raportu,
10. każdorazowe zapewnienie odpowiedniego tłumacza nowoprzyjmowanym pacjentom nieposługującym się językiem polskim ,
11. wyodrębnienie pokoju do odwiedzin pacjentów z ich małoletnimi bliskimi,
12. uregulowanie kwestii związanej z telefonami komórkowymi w sposób wskazany w pkt 7 Raportu,
13. poszerzenie oferty szkoleń dla pracowników o tematykę praw pacjenta oraz rozważenie objęcia zespołu terapeutycznego superwizją,
14. prowadzenie dokumentacji lekarskiej zgodnie ze wskazaniem w pkt 5 Raportu,
15. uzupełnienie tablic informacyjnych o dane kontaktowe organów ochrony praw człowieka oraz wszelkie informacje o codziennym funkcjonowaniu danego oddziału,
16. zmianę sposobu obserwacji pacjentów przebywających w salach obserwacyjnych,
17. przeprowadzenie remontu sanitariatów na oddziale II,
18. rozważenie możliwości zwiększenia liczby sal obserwacyjnych,
19. zamontowanie systemu przyzywowego w salach chorych,
20. pełne dostosowanie budynku terapii do potrzeb osób z niepełnosprawnością.

Jednocześnie proszę o wyjaśnienie wątpliwości dotyczącej „przeprowadzania monitoringu pomieszczeń, w których pacjent przebywa oraz łóżek i szafek przyłóżkowych”, o którym mowa w pkt 4 Raportu