

**Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji
Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie –
Kliniki Psychiatrii Ogólnej
(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), dalej OPCAT, oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniu 27 sierpnia 2015 r., do Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie – Kliniki Psychiatrii Ogólnej (zwaney dalej: oddziałem, placówką, kliniką) udali się pracownicy Zespołu „Krajowy Mechanizm Prewencji” (zwanego dalej: KMP lub mechanizmem): Dorota Krzysztoń (kryminolog), Marcin Kusy i Rafał Kulas (prawnicy) oraz Magdalena Filipiak (prawnik, psycholog).

Celem wizytacji zapobiegawczej przedstawicieli KMP było sprawdzenie na miejscu sposobu przestrzegania praw osób umieszczonych w oddziale psychiatrycznym, dokonując oceny pod względem ich ochrony przed torturami oraz innym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem. Reprezentanci mechanizmu interesowali się szczególnie traktowaniem pacjentów przebywających w oddziale bez zgody [na podstawie art. 23 ust. 1, art. 24 ust. 1, art. 28 i art. 29 ust.1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz.1375 j.t. ze zm.) dalej: uozp].

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- przeprowadzono rozmowę z dr. n. med. Dariuszem Mazurkiewiczem – kierownikiem kliniki psychiatrii ogólnej i równocześnie ordynatorem klinicznego oddziału psychiatrycznego ogólnego;

- dokonano oglądu pomieszczeń, w tym: sal pacjentów, gabinetów lekarskich, sali terapii zajęciowej, sanitariatów i świetlicy;
- przeprowadzono rozmowy indywidualne z wybranymi pacjentami;
- poddano analizie wybraną dokumentację dostępną na miejscu m.in. książki raportów pielęgniarских, historie chorób losowo wybranych pacjentów, dokumentację stosowania środków przymusu bezpośredniego;
- dokonano analizy monitoringu.

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną i posłużono się narzędziami mierniczymi.

W związku ze skończonym dyżurem ordynator nie uczestniczył w podsumowaniu. Pracownicy BRPO poinformowali panią Jadwigę Augustyn - pielęgniarkę oddziałową o ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności, a także wysłuchali jej uwag i wyjaśnień.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano pozostałą dokumentację związaną z funkcjonowaniem oddziału.

2. Charakterystyka oddziału

W ramach szpitala funkcjonuje klinika psychiatrii ogólnej składająca się z: klinicznego oddziału psychiatrii ogólnej oraz klinicznego oddziału dziennego psychiatrii. Przedmiotem zainteresowania przedstawicieli KMP była sytuacja pacjentów przyjętych do oddziału psychiatrii ogólnej.

Co do zasady oddział dysponuje 32 łózkami. W razie potrzeby dodatkowe łóżka tzw. dostawki umieszczane są w salach pacjentów. W dniu wizytacji w oddziale znajdowało się 36 pacjentów, w tym 6 umieszczonych w klinice bez zgody.

3. Legalność pobytu

Każdorazowo o przyjęciu pacjenta do szpitala decyduje lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym zbadaniu pacjenta. Jego decyzje zatwierdzane były przez ordynatora w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia. Dyrektor szpitala zawiadamiał o tym sąd opiekuńczy z zachowaniem ustawowego terminu.

Analiza dokumentacji pacjentów wykazała, że w ich teczkach nie archiwizuje się kopii zawiadomienia sądu o przyjęciu pacjenta bez zgody, a jedynie wydruk potwierdzenia wysłania faksu w tej sprawie, nie zawierający jednak kopii pisma

merytorycznego. Przedstawiciele KMP stoją na stanowisku, zgodnie z którym należy zachować w dokumentacji pacjentów również kopię przedmiotowego zawiadomienia. Należy bowiem pamiętać, że odnotowanie w dokumentacji medycznej wszystkich czynności o których mowa w art. 23 ust. 2-4 uozp jest niezbędne i nie można przyjąć, że wystarczy dołączyć potwierdzenie nadania faxu. Gdyby ten dokument zginął, nie byłoby w szpitalu dowodu, że czynność powiadomienia sądu opiekuńczego miała miejsce.

4. Personel

W wizytowanym oddziale zatrudnionych jest 5 lekarzy psychiatrów, 18 pielęgniarek (w tym 8 z wykształceniem wyższym, 3 z wykształceniem wyższym niepełnym i 3 ze specjalizacją), 3 psychologów (w tym psycholog kliniczny), 2 terapeutki zajęciowe, pracownik socjalny.

Należy w tym miejscu zaznaczyć, że szpital korzysta z usług firmy ochroniarskiej, której pracownicy ochraniają nie tylko mienie szpitala, ale również pełnią swoje obowiązki na terenie wizytowanego oddziału wspierając pracę personelu w czasie zastosowania przymusu bezpośredniego. Uwagi dotyczące ich pracy zostały opisane w pkt 5 niniejszego Raportu.

Z informacji pisemnych przekazanych przez pracowników szpitala w latach 2014 – 2015 odbyły się lub zostały zaplanowane następujące szkolenia m.in.: *Diagnostyka psychologiczna w oddziale psychiatrycznym; Edukacja zdrowotna prowadzona w oddziale psychiatrycznym; Dopalacze – współczesny problem; Analiza problemów pielęgnacyjnych chorych hospitalizowanych w oddziale psychiatrycznym: postępowanie pielęgniarskie wobec chorego odczuwającego niepokój wewnętrzny, lęk, rozdrażnienie; Analiza problemów pielęgnacyjnych chorych hospitalizowanych w oddziale psychiatrycznym: postępowanie pielęgniarskie wobec chorego odczuwającego brak orientacji co do własnej osoby i otoczenia; Organizacja czasu wolnego. Terapia zajęciowa w oddziale psychiatrycznym; Zasady prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej; Zasady prowadzenia resuscytacji krążeniowo – oddechowej w warunkach szpitala i poza placówką ochrony zdrowia; Prawa pacjenta; Opieka pielęgniarska nad pacjentem z uwzględnieniem odmienności społeczno-kulturowych; Umiejętności skutecznego komunikowania się z pacjentem; Schizofrenia – zrozumieć chorobę; Podstawy odpowiedzialności cywilnej szpitali oraz personelu medycznego – wprowadzenie do cyklu; Zgoda pacjenta w kontekście odpowiedzialności cywilnej w*

sektorze medycznym; Standard postępowania pacjenta z depresją; Problemy pielęgnacyjne pacjentów zażywających neuroleptyki oraz sposoby ich rozwiązywania; Niepełnosprawność – podstawowe zagadnienia dotyczące ulg, usprawnień, orzecznictwo.

Przedstawiciele KMP doceniają szeroką ofertę szkoleń dostępnych dla pracowników kliniki. Zasadne jest jednak zorganizowanie szkoleń dla personelu kliniki a także pracowników firmy ochroniarskiej obejmujących zagadnienia związane ze stosowaniem środków przymusu bezpośredniego. Zajęcia z tego tematu powinny obejmować nie tylko zaznajomienie uczestników z regulacjami prawnymi, ale także przekazanie umiejętności praktycznych.

W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że zgodnie z treścią przepisu § 6 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), przymusu bezpośredni w szpitalu psychiatrycznym *może być wykonywany wyłącznie przez odpowiednio poinstruowane w tym zakresie osoby*. Wprawdzie wizytujący uzyskali kserokopię potwierdzenia zapoznania się pracowników z firmy ochroniarskiej z zasadami postępowania wobec agresywnego pacjenta, jednakże przedstawiciele KMP zaznaczają, że poznanie zasad nie jest tożsame z wykształceniem umiejętności stosowania przymusu bezpośredniego. W związku z tym powstaje wątpliwość, czy na oddziale nie został złamany przytoczony przepis § 6 ust. 1 rozporządzenia.

5. Traktowanie

Zgodnie z przekazanymi informacjami, od początku 2014 r. do dnia wizytacji wobec personelu oddziału nie były prowadzone postępowania dyscyplinarne ani karne związane z traktowaniem pacjentów.

Od początku 2014 r. do dnia wizytacji nie toczyły się żadne postępowania sądowe przeciwko placówce, ani żadne postępowania sądowe czy dyscyplinarne przeciwko personelowi w związku z niewłaściwym traktowaniem pacjentów.

Przedstawiciele KMP podczas analizy dokumentacji zauważyli opis niepokojącej sytuacji. W *rejestrze zdarzeń niepożądanych* znajduje się wpis l.p. 94 z dnia 23 sierpnia 2015 r., zgodnie z którego treścią pomiędzy ochroniarzami a pacjentem – [*dane*

usunięto] doszło do bójki, w efekcie czego pacjent został uderzony pięścią w twarz przez pracownika ochrony.

Przedstawiciele KMP zaznaczają, że zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, wobec osób cierpiących na zaburzenia psychiczne odpowiednie zastosowanie znajduje ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j. Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375, dalej: uozp). W sytuacji, gdy pacjent stwarza realne zagrożenia dla siebie lub innych osób, czyli gdy zachodzą przesłanki do zastosowania przymusu bezpośredniego, należy zastosować chwytty obezwładniające, a nie ciosy.

Co istotne, zgodnie z treścią przepisu art. 3 pkt 4 ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej (Dz. U. z 2013 r. poz. 628 ze zm., dalej: ustawa o śpb), która reguluje zastosowanie środków przymusu bezpośredniego przez pracowników ochrony, **ustawy o śpb nie stosuje się do przymusu bezpośredniego lub zasad użycia lub wykorzystania broni palnej, o których mowa w uozp.**

Reakcja pracownika ochrony na zachowanie pacjenta przyjętego na oddział psychiatryczny przejawiająca się agresją jest, w ocenie przedstawicieli KMP, niedopuszczalna i niezgodna z prawem. W tym miejscu należy przytoczyć treść przepisu art. 40 ustawy z dnia 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 ze zm.), ***nikt nie może być poddany torturom ani okrutnemu, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu i karaniu. Zakazuje się stosowania kar cielesnych.***

Należy zaznaczyć, że na dyrektorze placówki spoczywa obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa osobom znajdującym się pod opieką placówki. Powinien on podjąć wszelkie kroki do wyeliminowania wszelkich uchybień w zakresie niewłaściwego traktowania pacjentów. Dlatego też, w ocenie wizytujących, tego typu sytuacje powinny być wnikliwie analizowane przez osoby nadzorujące pracę personelu placówki. Przyjęcie notatki o takiej treści i umieszczenie jej w *Rejestrze zdarzeń niepożądanych* **nie można uznać za wyjaśnienie sprawy.** W związku z powyższym przedstawiciele KMP zwracają się do dyrektora szpitala z prośbą o przesłanie wyjaśnień w tej sprawie, w szczególności, jakie zostały podjęte działania w związku z powzięciem tej informacji oraz czy została złożone zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa przez pracownika firmy ochroniarskiej. Przedstawiciele KMP podkreślają, że takie informacje nie zostały odnotowane w analizowanej dokumentacji do dnia wizytacji.

W analogicznych sytuacjach, za każdy razem, gdy dojdzie do naruszenia prawa w stosunku do pacjenta, powinna być zawiadomiona prokuratura.

Reprezentanci mechanizmu przeprowadzili rozmowę z pacjentem.

Przedstawiciele KMP analizowali zapis z nagrania monitoringu dotyczącego pacjenta – pana [*dane usunięto*], wobec którego został zastosowany przymus bezpośredni od dnia 23 sierpnia 2015 r. do dnia 25 sierpnia 2015 r. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że zgodnie z informacją z dnia 22 września 2015 r. przekazaną przez ordynatora oddziału, *nie udało się zgrać zdarzeń (...), gdyż system monitoringu dokonał nagrania bieżących zdarzeń na poprzednie*. Analiza przedstawicieli KMP ograniczona została do danych dostarczonych do Biura RPO.

Analiza nagrań z monitoringu oraz dokumentacji dotyczącej zastosowania przymusu bezpośredniego wskazuje na liczne nieprawidłowości.

Pacjent zapięty w pasy, nie został osłonięty od pozostałych pacjentów leżących w sali oraz osoby odwiedzające parawanem, wbrew treści przepisu § 7 ust. 2 rozporządzenia. Jak stanowi przytoczony przepis, *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*.

Innemu leżącemu na sali pacjentowi zmieniano pieluchomajtki, co zostało uwiecznione na nagraniu z monitoringu. Czynność ta odbywała się bez użycia parawanu, w obecności innych pacjentów, w oku działania kamery. W tym miejscu należy przywołać treść przepisu 20 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r., 159 ze zm., dalej: ustawa o prawach pacjenta), *pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych*.

Na nagraniu monitoringu widać również, jak w dniu 24 sierpnia 2015 r. od godziny 9:00 poszczególnym pacjentom jest udzielane świadczenie zdrowotne w postaci badania na sali ogólnej, w obecności wszystkich pacjentów znajdujących się w tym miejscu. Przedstawiciele KMP przypominają, że zgodnie z treścią przepisu art. 13 ustawy o prawach pacjenta, *pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w*

związku z wykonywaniem zawodu medycznego.

Podsumowując przedstawiciele KMP uczulają personel pracujący z pacjentami, aby prawo do intymności traktować priorytetowo. Reprezentanci mechanizmu zalecają każdorazowo dbanie o komfort pacjentów i zapewnienie im poczucia prywatności podczas udzielania im świadczeń medycznych, stosowania wobec nich przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia, czy przeprowadzania zabiegów higienicznych.

Przedstawiciele KMP ujawnili liczne niezgodności pomiędzy materiałem przedstawionym w dokumentacji pacjenta unieruchomionego, a nagraniem zapisu z monitoringu. Reprezentanci mechanizmu wskazują, że ich uwagi dotyczą niezgodności realizacji przymusu bezpośredniego z przepisami prawa regulującymi jego właściwe stosowanie.

Przedstawiciele KMP zauważyli, że pacjenta unieruchamiało pięć osób, w tym trzech pracowników ochrony oraz dwóch przedstawicieli personelu medycznego, podczas gdy w karcie zastosowania unieruchomienia lub izolacji w rubryce *osoby wykonujące* wpisanych zostało sześć osób.

Zgodnie z treścią § 10 ust. 1 rozporządzenia, *stan fizyczny osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej pielęgniarka kontroluje nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby.* Tymczasem na nagraniu pielęgniarki bardzo rzadko sprawdzają stan pacjenta. Co zaniepokoiło przedstawicielkę KMP analizującą dokumentację i nagranie z monitoringu, to fakt, że w dokumentacji dotyczącej zastosowania przymusu bezpośredniego znajdują się zaparafowane wpisy dokonywane co 15 minut. Przedstawiciele KMP zaznaczają, że pod pojęciem kontroli stanu pacjenta kryje się faktyczne, fizyczne sprawdzenie stanu pacjenta, a nie jedynie sprawdzenie jego stanu na urządzeniach monitoringu. Osobiste przeprowadzenie przedmiotowej kontroli zostało zalegalizowane na mocy przepisu § 11 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia, zgodnie z którym pielęgniarka *ocenia prawidłowość unieruchomienia, w szczególności sprawdza, czy pasy, uchwyty, prześcieradła, kaftan bezpieczeństwa lub inne urządzenia techniczne nie są założone zbyt luźno albo zbyt ciasno.*

Przedstawiciele KMP wyrażają swoje zastrzeżenia do braku chwilowego uwolnienia pacjenta (np. w dniu 23 sierpnia 2015 r. o godzinie 15:15). Nie było ich widać na nagraniu z monitoringu, ani nie zostały też odnotowane w dokumentacji pacjenta. Trzeba przywołać w tym miejscu przepis § 11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia, zgodnie z którym 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.

Co budzi wątpliwości przedstawicieli KMP, to brak chwilowego uwalniania pacjenta przebywającego w unieruchomieniu przez okres 20 godzin 45 minut. Niestety do Biura RPO nie dotarło całe nagranie okresu stosowania przymusu (o czym wspomniano wcześniej), co nie zmienia postaci rzeczy, że chwilowe uwolnienie osoby unieruchomionej jest obowiązkiem personelu. Ponadto rodzi to wątpliwość, w jaki sposób pacjent załatwia swoje potrzeby fizjologiczne i czy w czasie stosowania przymusu bezpośredniego ubiera mu się pieluchomajtki.

Przedstawiciele KMP wyrazili swoje wątpliwości w zakresie, w jakim istnieje zasadność kontynuowania przymusu bezpośredniego. Pacjent zachowuje się spokojnie, co widać na nagraniu z monitoringu, jak i jest zaznaczone w prowadzonej dokumentacji. W dniu 24 sierpnia 2015 r. od godziny 13:00 do 25 sierpnia 2015 r. do godziny 11:45, kiedy na przemian jest spokojny, mamrocze lub śpi. Zgodnie z treścią przepisu § 3 rozporządzenia, *przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania.*

Należy również zaznaczyć, że np. w dniu 23 sierpnia 2015 r. o godzinie 15:15 na nagraniu z monitoringu nie widać badania lekarskiego, podczas gdy wtedy powinno nastąpić przedłużenie stosowania unieruchomienia. W dokumentacji odnotowano podpisany przez lekarza wpis, że następuje przedłużenie stosowania przymusu. Tymczasem zgodnie z treścią § 4 ust. 4 rozporządzenia, *lekarz, po osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi, może przedłużyć stosowanie przymusu.*

Kolejne zastrzeżenie przedstawicieli KMP dotyczy procedury przedłużania stosowania przymusu bezpośredniego zgodnie z treścią przepisu § 5 rozporządzenia. W myśl tej normy prawnej, po dwukrotnym przedłużeniu przez lekarza stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia dalsze jego stosowanie na okresy nie dłuższe niż 6-godzinne jest dopuszczalne *wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz uzyskaniu opinii innego lekarza będącego lekarzem psychiatrą.* W dokumentacji pana [dane usunięto] widnieją wpisy dotyczące przedłużania stosowania unieruchomienia od 24 sierpnia 2015 r. od godziny 9:15 do 25 sierpnia 2015 r. do godz. 3:15 podpisywane przez tego samego lekarza, bez wpisów odnośnie uzyskania opinii innego specjalisty.

Przedstawiciele KMP zaznaczają, że wymienione nieprawidłowości stanowią przykład naruszenia przepisów prawa normujących zastosowanie przymusu bezpośredniego, jak

poświadczenia nieprawdy przez personel placówki.

Przedstawiciele KMP zalecają wyeliminowanie stwierdzonych uchybień związanych ze stosowaniem środków przymusu bezpośredniego oraz stosowanie i dokumentowanie przymusu bezpośredniego zgodnie z regulującymi tę materię przepisami prawa.

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 opisanym przypadku do założonej już karty zastosowania unieruchomienia dokładać wyłącznie karty obserwacji.

Reprezentanci mechanizmu wyrażają swoje zastrzeżenia w sprawie objęcia sal pacjentów monitoringiem wizyjnym. Przedstawiciele KMP zaznaczają, że obserwacja za pomocą środków technicznych i nagrywanie zapisu z monitoringu wiąże się 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).

Co więcej, jedynie przepis § 8 ust. 2 rozporządzenia wskazuje na miejsce, w którym może zostać zainstalowany monitoring wizyjny. Przepis ten stanowi, że *pomieszczenie przeznaczone do izolacji wyposaża się w instalację monitoringu umożliwiającą stały nadzór nad osobą z zaburzeniami psychicznymi w nim przebywającą*.

Należy w tym miejscu wyrazić wątpliwości natury legislacyjnej, wskazując iż instalowanie monitoringu, jako materia wkraczająca w podstawowe wolności i prawa obywatelskie powinna zostać uregulowana w akcie prawa 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.

6. Prawo do ochrony zdrowia

Pacjenci oddziału w przypadku konieczności przeprowadzenia specjalistycznych badań bądź konsultacji u lekarza specjalisty zostają przeprowadzeni na odpowiedni

oddział. Na terenie Szpitala funkcjonują specjalistyczne oddziały, gdzie udzielane są pacjentom psychiatrycznym przyjętym do placówki inne świadczenia medyczne.

W szpitalu wyodrębnione są następujące oddziały: ginekologii i położnictwa, otorynolaryngologii, dermatologii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej i onkologicznej, anestezjologii i intensywnej terapii, urologii, okulistyki, noworodków z intensywną opieką medyczną, nefrologii i dializoterapii, chirurgii szczękowo-twarzowej oraz Podkarpackie Centrum Onkologii.

Pacjenci, z którymi rozmawiali przedstawiciele mechanizmu, nie zgłaszali zastrzeżeń bądź skarg dotyczących zabezpieczenia medycznego (psychiatrycznego bądź somatycznego).

7. Prawo do informacji

Prawa i obowiązki pacjentów sprecyzowane są w regulaminie oddziału. Zgodnie z przedstawioną wizytującym informacją, w dokumentacji każdego z pacjentów znajduje się oświadczenie o zapoznaniu z treścią regulaminu oddziału. Jednak analiza dokumentacji wykazała, że pacjenci podpisują się pod zapoznaniem z kartą praw pacjenta. Przedstawiciele KMP pochwalają inicjatywę pouczenia nowo przyjętych na oddział osób o ich prawach wynikających z posiadanego statusu pacjenta, jednak zalecają, aby przedstawiać im również zasady obowiązujące w oddziale poprzez zapoznawanie ich z obowiązującym regulaminem. Dobrą praktyką jest odbieranie od pacjentów podpisów potwierdzających fakt zapoznania się przez nich z treścią tego dokumentu oraz wywieszenie jego treści w ogólnodostępnym miejscu.

Przedstawiciele KMP zalecają wywieszenie listy instytucji, do których pacjenci mogą zwrócić się w sytuacji naruszenia ich praw o: Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem na ogólnopolską bezpłatną infolinię – 800 676 676), sędziego rodzinnego i organizacjach pozarządowych działające na rzecz ochrony praw człowieka (np. Helsińską Fundację Praw Człowieka).

Mając to na uwadze warto zwrócić uwagę na stanowisko Europejskiego Komitetu Zapobiegania Torturom, zgodnie z którym *podstawową gwarancją przeciwko złemu traktowaniu w ośrodku psychiatrycznym jest skuteczna procedura zażalenkowa. Powinny istnieć szczególne procedury pozwalające pacjentom na składanie formalnych skarg do wyznaczonego organu, a także na poufne kontaktowanie się z odpowiednią władzą poza ośrodkiem* (§ 53 Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98)]).

Przedstawiciele KMP zwrócili uwagę, iż na tablicach informacyjnych brakowało danych dotyczących praktycznych informacji dnia codziennego, takich jak: porządek dnia, jadłospis, procedura składania skarg/wniosek, możliwość uczestnictwa w usługach religijnych, godziny pracy terapii zajęciowej itd. W opinii wizytujących wskazane jest umieszczenie takich informacji w miejscu ogólnodostępnym dla pacjentów.

W szpitalu pełni swoją funkcję rzecznik praw pacjenta szpitala psychiatrycznego. Swoje dyżury w szpitalu pełni w czwartki i piątki. W ramach swoich obowiązków rzecznik przeprowadza z pacjentem rozmowy dotyczące skutków prawnych związanych z umieszczeniem w szpitalu psychiatrycznym, udziela pacjentom porad prawnych, wyjaśnia im ich sytuację wynikającą z umieszczenia w szpitalu, przyjmuje ich skargi, rozpatruje je i udziela na nie odpowiedzi.

8. Prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym

Pacjenci umieszczeni w szpitalu bez zgody mają zapewniony kontakt ze światem zewnętrznym poprzez prowadzenie korespondencji, rozmowy telefoniczne oraz odwiedziny.

Przedstawiciele KMP zostali poinformowani, że na oddziale obowiązuje zakaz korzystania z telefonów komórkowych. Uzasadnieniem dla takiej decyzji jest potencjalne niebezpieczeństwo, że pacjenci będą filmować innych pacjentów i umieszczać te nagrania w sieci. Reprezentanci KMP rozumiejąc, co leży u podstaw zakazu, podkreślają, że umożliwienie pacjentom swobodnej komunikacji ze światem zewnętrznym należy traktować nie tylko jako wyraz realizacji jednego z podstawowych praw człowieka – prawo do życia prywatnego – ale także jako istotny czynnik terapeutyczny. Z tego powodu przedstawiciele KMP zalecają zezwolić pacjentom na korzystanie z prywatnych telefonów komórkowych. Jednocześnie, aby wyeliminować zagrożenie użytkowania ich w sposób naruszający prawa innych pacjentów, warto wskazać, że można obiektywy aparatów i kamer w aparatach telefonicznych zaklejać taśmą plombowniczą VOID, której użycie jest bezpieczne dla aparatu, a jakakolwiek próba jej zerwania jest łatwo dostrzegalna.

Do dyspozycji pacjentów pozostaje samoinkasujący aparat telefoniczny umieszczony na korytarzu oddziału, dostępny dla pacjentów przez całą dobę.

W razie potrzeby udostępniany jest pacjentom też telefon oddziałowy.

Odwiedziny pacjentów, którzy nie mogą – ze względu na stan zdrowia – opuszczać oddziału, odbywają się w świetlicy oddziałowej, nie prowadzi się nadzoru nad odwiedzanymi pacjentami. Natomiast w przypadku pacjentów mogących wychodzić poza teren oddziału, odwiedziny najczęściej odbywają się na terenie szpitala, gdzie znajduje się kawiarnia lub gdy jest ładna pogoda, poza terenem budynku szpitala.

Obowiązuje jednak ogólny zakaz odwiedzania pacjentów przez dzieci poniżej 12 roku życia. W ocenie przedstawicieli mechanizmu, umożliwienie odwiedzin winno być podyktowane stanem psychicznym pacjenta, a także sytuacją panującą na oddziale. Należy zaznaczyć, że zgodnie z art. 33 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz. U. z 2013 r. poz. 1245 ze zm.) dalej ustawa, pacjent podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami. Wspomniana ustawa upoważnia jednakże kierownika podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważnionego przez niego lekarza do ograniczenia korzystania z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku praw, o których mowa w art. 33 ust. 1, także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu (art. 5 ustawy). W związku z powyższym wprowadzenie ogólnego zakazu nie znajduje oparcia w obowiązujących przepisach, gdyż ograniczenie prawa pacjenta do kontaktu ze światem zewnętrznym ma charakter wyjątkowy i musi być rozpatrywane indywidualnie. Mając to na uwadze przedstawiciele mechanizmu zalecają każdorazowo indywidualnie podejmować decyzję o zgodzie lub jej braku na odwiedziny pacjentów na oddziale przez osoby poniżej 12 roku życia. Warto również rozważyć zorganizowanie na terenie oddziału specjalnego pokoju, gdzie mogłyby się odbywać spotkania pacjentów z ich bliskimi małoletnimi.

Korespondencja pacjentów dostarczana jest do głównego sekretariatu, a w przypadku listu poleconego, listonosz przynosi go bezpośrednio do rąk własnych pacjenta na oddział. Wysyłanie listów odbywa się za pośrednictwem pracownika socjalnego.

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

Część pacjentów może mieć swobodne wyjścia poza oddział, inni opuszczają budynek pod opieką terapeuty, są też tacy, którzy ze względu na swój stan zdrowia nie

mogą opuszczać oddziału. Podczas spacerów grupowych pacjenci mogą wykonać zakupy w sklepiku. Podczas społeczności wybierani są dwaj pacjenci, którzy robią zakupy dla tych spośród pacjentów, którzy nie mogą opuścić oddziału.

9. Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne

Z uzyskanych przez wizytujących informacji wynika, że pacjenci mogą korzystać z przygotowanej dla nich oferty zajęć kulturalno – oświatowych, m.in.: wyjść do Biura Wystaw Artystycznych, galerii sztuki, na próby generalne Filharmonii Podkarpackiej, do Muzeum Dobranocek, czy też wycieczek turystyczną trasą podziemną.

Wśród zajęć terapeutycznych dostępnych dla pacjentów można wymienić m.in.: codzienną gimnastykę poranną oraz zorganizowane codzienne spacer, muzykoterapię z elementami relaksacji, zajęcia w postaci gry w ping-pong i ćwiczenia na stepperach.

Podczas rozmowy z oddziałową przedstawiciele KMP uzyskali informacje, z których wynikało, że zajęcia terapii zajęciowej odbywają się od poniedziałku do piątku w godzinach 7:00 – 14:30, natomiast nie ma żadnej oferty zajęć organizowanych dla pacjentów w weekendy oraz w godzinach popołudniowych.

Podczas podsumowania przedstawiciele KMP wskazali, iż zgodnie z treścią przepisu § 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, reprezentanci mechanizmu podkreślają, że ważne jest zorganizowanie czasu wolnego pacjentom popołudniami i w weekendy.

Raz w tygodniu zbiera się społeczność, podczas tych spotkań podejmowane są bieżące problemy i sprawy wymagające pilnego omówienia na forum.

10. Warunki bytowe

Budynek, w którym znajduje się oddział liczy ok 100 lat, co generuje ciągłą potrzebę przeprowadzania remontów. Poza bieżącymi remontami, w ramach ostatnio przeprowadzonej na oddziale modernizacji udało się zainstalować klimatyzację.

W oddziale zapewniono pacjentom dobre warunki bytowe. Każdy pokój wyposażony jest w łóżka, szafki, krzesła. W tym miejscu przedstawiciele KMP poddają pod rozważenie następującą ideę, w innych wizytowanych szpitalach dobrą praktyką jest

umożliwianie pacjentom przechowywania rzeczy osobistych w szafkach zamykanych na klucz. Zdaniem przedstawicieli KMP wskazane byłoby udostępnienie chętnym pacjentom kluczy do szafek.

W dniu wizytacji sale chorych były czyste i zadbane. Warto dodać, iż w oknach nie było krat, a szyby zabezpieczone zostały folią antywłamaniową, uniemożliwiającą wybicie szkła. Sale obserwacyjne od pozostałych różnią się jedynie tym, że są wyposażone w system monitoringu i zlokalizowane są po stronie budynku, gdzie znajduje się gabinet pielęgniarski.

W oddziale funkcjonuje pomieszczenie pełniące rolę świetlicy i jadalni jednocześnie, gdzie pacjenci mogą spędzić wolny czas poza swoją sypialnią. Wyposażone jest w stoły, krzesła, stół do ping-ponga, gry planszowe oraz stepper. Przedstawiciele KMP przypominają, że zgodnie z wymogami 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), *oddział powinien dysponować (odrębnie): pomieszczeniami terapeutyczno-rehabilitacyjnymi, salą pobytu dziennego oraz jadalnią*. Oddział nie jest zorganizowany zgodnie z rozporządzeniem.

W oddziale znajduje się sala terapii zajęciowej, gdzie wyodrębniono biblioteczkę podręczną.

Na oddziale wyodrębniono 2 łazienki, jedna przeznaczona dla mężczyzn, druga dla kobiet. W każdej z nich znajduje się stanowisko prysznicowe, toalety oraz umywalki. Środki higieny osobistej wydawane są każdemu pacjentowi osobno.

W oddziale wyodrębniono kuchenkę podręczną. Produkty spożywcze mogą być przechowywane w lodówce. Na oddziale dostępna jest dla pacjentów woda źródlana. Pacjenci mogą zrobić sobie ciepły napój za pośrednictwem pracowników oddziału, którzy obsługują urządzenia elektryczne znajdujące się w kuchence oddziałowej. Pacjenci oddziału nie mieli zastrzeżeń do oferowanego im jedzenia.

11. Sytuacja osób z niepełnosprawnością w placówce

Oceniając kwestię warunków bytowych należy stwierdzić, że oddział jest częściowo dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnością. Największą barierę architektoniczną stanowi brak windy, który uniemożliwia samodzielne dostanie się na wyższą kondygnację osobie poruszającej się na wózku inwalidzkim, a osobom z innego typu niepełnosprawnościami narządów ruchu znacząco utrudnia wejście na oddział.

Warunki zapewnione w samym oddziale również wzbudziły zastrzeżenia przedstawicieli KMP. Szerokość korytarza prowadzącego do sali terapii zajęciowej nie spełnia wymogu 150 cm, który zapewnia możliwość swobodnego przemieszczania się osobom poruszającym się na wózkach inwalidzkich. Wątpliwości reprezentantów mechanizmu wzbudziły bardzo wysoko zainstalowanie włączniki światła w pokojach pacjentów – na wysokości ok. 140 cm, czy zamontowanie wieszaka na wysokości 130 cm, co całkowicie uniemożliwia samodzielną obsługę osobom poruszającym się na wózku inwalidzkim. Optymalna wysokość instalacji wymienionych sprzętów wynosi 120 cm.

Przedstawiciele KMP zalecają całkowite dostosowanie pomieszczeń placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnością.

12. Prawo do praktyk religijnych

Zgodnie z uzyskanymi przez wizytujących informacjami, posługi religijne w placówce pełni ksiądz kapelan, który odprawia nabożeństwa w kaplicy szpitalnej, ale także chodzi z posługami duszpasterskimi na oddziały. W oddziale psychiatrycznym odwiedziny duszpasterskie odbywają się w niedzielę, środę, pierwszy piątek miesiąca oraz święta.

13. Zalecenia

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

I. Dyrektorowi Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie:

1. wyjaśnienie sprawy uderzenia przez ochroniarza pana [*dane usunięto*], opisanej w pkt 5 niniejszego Raportu;
2. wyeliminowanie stwierdzonych uchybień związanych ze stosowaniem środków przymusu bezpośredniego oraz stosowanie i dokumentowanie przymusu bezpośredniego zgodnie z regulującymi tę materię przepisami prawa;
3. każdorazowo dbanie o komfort pacjentów i zapewnienie im poczucia prywatności podczas udzielania im świadczeń medycznych, stosowania wobec nich przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia, czy przeprowadzania zabiegów higienicznych;

4. każdorazowe indywidualnie podejmowanie decyzji o zgodzie lub jej braku na odwiedzinach pacjentów na oddziale przez osoby poniżej 12 roku życia oraz rozważenie zorganizowania na terenie oddziału specjalnego pokoju, gdzie mogłyby się odbywać spotkania pacjentów z ich bliskimi małoletnimi niezależnie od sytuacji panującej w oddziale;
5. zapoznanie pacjentów z obowiązującym na oddziale regulaminem;
6. umożliwienie pacjentom na korzystanie z prywatnych telefonów komórkowych
7. organizowanie czasu wolnego pacjentom popołudniami i w weekendy;
8. przeszkolenie personelu i pracowników firmy ochroniarskiej ze stosowania środków przymusu bezpośredniego;
9. całkowite dostosowanie pomieszczeń placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnością;
10. wywieszenie informacji o adresach Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem na ogólnopolską bezpłatną infolinię – 800 676 676) sędziego rodzinnego i organizacjach pozarządowe działające na rzecz ochrony praw człowieka (np. Helsińską Fundację Praw Człowieka);
11. udostępnienie dla pacjentów praktycznych informacji dotyczących funkcjonowania oddziału opisanych w pkt 7 niniejszego Raportu
12. dołączanie do dokumentacji pacjentów kopii zawiadomienia sądu o przyjęciu bez zgody.

II. Marszałkowi Województwa Podkarpackiego:

1. Wsparcie finansowe dyrektora szpitala w realizacji zaleceń przedstawicieli KMP.