

Warszawa, dnia 8 grudnia 2014 r.

KMP.574.30.2014.WS

Raport
przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji
z wizytacji Samodzielnego Publicznego ZOZ Centralnego Szpitala Klinicznego
Instytutu Stomatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
(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 z upoważnienia Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 30 września – 1 października 2014 r., do Samodzielnego Publicznego ZOZ Centralnego Szpitala Klinicznego Instytutu Stomatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (zwanego dalej: oddziałem, placówką) udali się pracownicy Zespołu „Krajowy Mechanizm Prewencji” (zwanego dalej KMP lub Mechanizmem): Karolina Goral (pedagog resocjalizacyjny), Marcin Kusy i Wojciech Sadownik (prawnicy). W wizytacji wziął również udział ekspert KMP – Leszek Asman (lekarz psychiatra). Wyniki ekspertyzy zostały włączone w treść Raportu.

Celem wizytacji zapobiegawczej przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji było sprawdzenie na miejscu sposobu przestrzegania praw osób umieszczonych w szpitalu bez ich zgody w oddziałach: Diagnostyczno-Obserwacyjnym (w skład którego wchodzi pododdział Zaburzeń Odżywiania), Zaburzeń Afektywnych i Zaburzeń Psychotycznych.

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- przeprowadzono rozmowy z dr. n. med. Moniką Domarecką – dyrektorem szpitala i dr. n. med. Małgorzatą Zabrocką – zastępcą dyrektora ds. leczenia i równocześnie ordynatorem oddziału Diagnostyczno-Obserwacyjnego;
- dokonano oglądu pomieszczeń, w tym: pokoi pacjentów, gabinetów lekarskich, sal terapii zajęciowych, sanitariatów i jadalni;
- 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.

Pracownicy Krajowego Mechanizmu Prewencji poinformowali dyrektora oraz pozostałych członków zarządu szpitala 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

Zgodnie ze statutem podmiotem tworzącym placówkę jest Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

W ramach szpitala funkcjonuje klinika psychiatryczna z m.in. 10 oddziałami psychiatrycznymi (w tym izba przyjęć oraz 4 oddziały dzienne). Dodatkowo na terenie kliniki istnieje Przychodnia Leczniczo-Konsultacyjna, Ośrodek Pomocy Psychologicznej dla Młodzieży, Poradnia Terapii Rodzin Hostel, Dzienny Ośrodek Terapeutyczny dla Młodzieży.

3. Legalność pobytu

W czasie wizytacji oddział Diagnostyczno-Obserwacyjny dysponował 36 miejscami (w tym 8 w pododdziale Zaburzeń Odżywiania), Zaburzeń Afektywnych-36 i Zaburzeń Psychotycznych 44.

W wyniku analizy zawiadomień Wydziału Rodzinnego i Nieletnich Sądu Rejonowego dla Łodzi-Widzew o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego

przedstawiciele KMP ustalili, że sporządzane są one terminowo, do 24 godzin od chwili przyjęcia. Kolejnym etapem procedury związanej z przyjęciem pacjenta bez zgody jest weryfikacja działań szpitala przez sąd. W analizowanych aktach pacjentów sąd postanawiał dopuścić dowód z pisemnej opinii biegłego psychiatry na okoliczność stwierdzenia czy dana osoba jest chora psychicznie, czy też występują u niej inne zaburzenia psychiczne i czy z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu i zdrowiu innych osób. Zaniepokojenie wizytujących wzbudził przypadek (dane osobowe usunięto). Pacjent został przyjęty 16 lipca 2014 r., sąd został zawiadomiony o tym fakcie tego samego dnia. Następnie postanowieniem z dnia 18 lipca 2014 r. sąd postanowił dopuścić w postępowaniu dowód z opinii biegłego. Do dnia wizytacji brak było przedmiotowego orzeczenia co do zasadności przyjęcia do szpitala bez zgody wspomnianego pacjenta. W ocenie przedstawicieli KMP niepokojąca jest sytuacja, kiedy przez tak długi okres czasu nie została przeprowadzona sądowa weryfikacja podstaw pozbawienia wolności. W związku z powyższym przedstawiciele KMP zwracają się do Prezesa Sądu Rejonowego Łódź-Widzew o wyjaśnienie opisanej sytuacji.

4. Personel

Na wizytowanych oddziałach oprócz po 6 lekarzy psychiatrów zatrudnione były pielęgniarki: 11 (oddział Zaburzeń Psychotycznych), 13 (oddział Zaburzeń Afektywnych), 18 (oddział Diagnostyczno-Konsultacyjny), psychologowie: 4 (oddział Zaburzeń Psychotycznych i Afektywnych) i 3 (Oddział Diagnostyczno-Konsultacyjny), instruktor terapii zajęciowej (Oddział Zaburzeń Psychotycznych), instruktorzy-2 (Oddział Diagnostyczno-Konsultacyjny) i po jednym w Oddziale Zaburzeń Afektywnych i Oddziale Diagnostyczno-Konsultacyjnym.

Większość osób z personelu lekarskiego posiada tytuł specjalisty w dziedzinie psychiatrii, część z nich jest w trakcie specjalizacji z psychiatrii (w ramach stażu rezydenckiego). Liczba zatrudnionych w oddziałach lekarzy jest, zdaniem eksperta KMP, wysoka biorąc pod uwagę pojemność oddziałów oraz standardy leczenia psychiatrycznego. W opinii eksperta Mechanizmu pozwala to na bardzo dobre zabezpieczenie pacjentów w zakresie opieki lekarskiej.

Większość osób z personelu pielęgniarskiego wykazuje się wieloletnim doświadczeniem klinicznym (w tym w opiece nad pacjentami psychicznie chorymi). Część z

pielęgniarek posiada specjalizację w zakresie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub też jest po specjalistycznych kursach w dziedzinie psychiatrii. Kilka pielęgniarek posiada wyższe wykształcenie medyczne (magisterskie lub licencjackie). Poziom wykształcenia oraz doświadczenia zawodowego personelu pielęgniarstwa nie budzi zastrzeżeń.

Pielęgniarki pracują w systemie dwuzmianowym (I zmiana w godzinach od 7.00 do 19.00, II zmiana w godzinach od 19.00 do 7.00). Do dyspozycji pacjentów pozostają:

- na I zmianie - 3 pielęgniarki na oddziale Diagnostyczno–Obserwacyjnym oraz 2 pielęgniarki na oddziale Zaburzeń Afektywnych oraz Zaburzeń Psychotycznych,
- na II zmianie- 3 pielęgniarki na oddziale Diagnostyczno–Obserwacyjnym oraz 2 pielęgniarki na oddziale Zaburzeń Afektywnych oraz Zaburzeń Psychotycznych.

Liczba zatrudnionych pielęgniarek w oddziale Zaburzeń Afektywnych oraz Zaburzeń Psychotycznych nie budzi zastrzeżeń eksperta Mechanizmu. Natomiast stan etatowy personelu pielęgniarstwa na oddziale Diagnostyczno–Obserwacyjnym jest, zdaniem eksperta KMP, niewystarczający. Dotyczy to zwłaszcza I zmiany, biorąc pod uwagę charakter i pojemność tegoż oddziału – liczne przyjęcia z ostrymi zaburzeniami psychicznymi.

Poziom przygotowania zawodowego psychologów, doświadczenia i ich liczebność wydają się w opinii eksperta KMP wystarczające. Zakres oraz liczba zajęć oferowanych pacjentom przez zespół psychologów są na zadowalającym poziomie (są to zajęcia indywidualne oraz grupowe – sesje psychoterapeutyczne, psychoedukacja, treningi relaksacyjne, treningi poznawcze, treningi umiejętności społecznych).

Z informacji pisemnych przekazanych przez pracowników szpitala wynika, że w latach 2013-2014 cały personel lekarski i pielęgniarstwa przeszedł szkolenie z zakresu pierwszej pomocy w stanach zagrożeniach życia u osób dorosłych oraz resuscytacji krążeniowo oddechowej. Ponadto 1 pielęgniarka uzyskała tytuł pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, 1 ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, jedna kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologii i intensywnej opieki, 3 natomiast ukończyły kurs „pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek”. Poza tym 1 psycholog w tym czasie ukończył studia podyplomowe w zakresie diagnozy i terapii neuropsychologicznej. W ocenie przedstawicieli KMP ofertę szkoleniową należałoby poszerzyć o 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.

5. Traktowanie

Zgodnie z przekazanymi informacjami, w latach 2013-2014 wobec personelu oddziału nie były prowadzone postępowania dyscyplinarne ani sądowe związane z traktowaniem pacjentów.

W czasie wizytacji toczyło się postępowanie sądowe z powództwa rodziny pacjentki, która popełniła samobójstwo na oddziale Diagnostyczno-Obszerwacyjnym.

Opierając się na rozmowach przedstawicieli Mechanizmu przeprowadzonych z pacjentami oddziałów należy stwierdzić, że w wizytowanej placówce nie mają miejsca przypadki niewłaściwego traktowania, słownego czy też fizycznego. Pacjenci podkreślali, że personel jest uprzejmy, kulturalny i podchodzi do nich z troską.

Najczęściej stosowanym w placówce środkiem przymusu bezpośredniego jest unieruchomienie. Szpital nie dysponuje pomieszczeniem izolacyjnym. Środek przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia wykonywany jest na korytarzu w pobliżu dyżurki pielęgniarek lub w jednoosobowym pomieszczeniu w oddziale Diagnostyczno-Konsultacyjnym (monitorowanym).

Przedstawiciele KMP przeanalizowali nagrania ze stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec 2 pacjentów przebywających w oddziale Diagnostyczno-Obszerwacyjnym.

W odniesieniu do (dane osobowe usunięto) (środek stosowany od godziny 12.30 dnia 25.09.2014 do godz. 9.45 dnia 26.09.2014) zastosowano unieruchomienie oraz przymusowe podanie leku. Pacjenta zapięto w pasy w jego pokoju, następnie został przetransportowany do jednoosobowego pokoju. W karcie zastosowania unieruchomienia odnotowywano przeprowadzanie kontroli stanu pacjenta co 15 minut. Jednakże zapis monitoringu nie potwierdził, że czynność ta była wykonana, wbrew obowiązкови wynikającemu z § 10 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. poz. 740), dalej: rozporządzenie. Ponadto w karcie unieruchomienia brak jest adnotacji świadczącej o chwilowym zwolnieniu pacjenta po 4 godzinach stosowania środka przymusu bezpośredniego (§ 11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia).

Natomiast (dane osobowe usunięto) (unieruchomienie stosowane dnia 30.09.2014 od godz. 15.30 do 16.15) była przypięta pasem do fotela w świetlicy. Powodem były

częste upadki z tego mebla (zdarzenia utrwalone na monitoringu). Zgodnie z kartą unieruchomienia mieszkanka przez cały czas stosowania środka przymusu bezpośredniego była spokojna. Jednakże zgodnie z nagraniem monitoringu pacjentka po 15 minutach sama się oswobodziła i była doprowadzona do toalety. Następnie była ponownie unieruchomiona. O godzinie 15.52 pacjentka ponownie uwolniła się z pasów i usiadła na innym krześle w świetlicy. Po kilku minutach przeszła do swojego łóżka. W tym przypadku zastrzeżenia wizytujących budzi sam fakt zastosowania unieruchomienia w sytuacji częstych przewróceń pacjentki. Zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznie (Dz. U. z 2011 r. Nr 122 poz. 696 ze zm.) przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia albo osoby te:

- 1) dopuszczają się zamachu przeciwko:
 - a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub
 - b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub
- 2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkodzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub
- 3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

Problemy z utrzymaniem przez pacjentkę równowagi nie można zaliczyć do wskazanych przez ustawodawcę przesłanek zastosowania tak poważnego środka jakim jest przymus bezpośredni. Wątpliwości budzi również sam nadzór nad tą pacjentką, a dokładnie brak reakcji personelu na samodzielne oswobodzenie się z pasów i poruszanie się po korytarzu oddziału. Ponadto należy podkreślić, że wytworzona dokumentacja nie odzwierciedla rzeczywistego przebiegu stosowania środka przymusu bezpośredniego.

Ekspert KMP przeanalizował również dokumentację z zastosowania środka przymusu bezpośredniego wobec (dane osobowe usunięto) (izolacja w okresie od 31.12.2013 do 06.01.2014r.). Przypadek ten jest trudny do jednoznacznego stwierdzenia, czy w rzeczywistości był to przymus bezpośredni (izolacja). Zgodnie z informacją przekazaną przez personel środek ten został zastosowany po uprzednim wyrażeniu zgody na nią przez pacjenta. Z relacji ordynatora wynika, że nie była to izolacja, w sensie obowiązujących przepisów prawa oraz miała charakter terapeutyczny (zastosowana u pacjenta z rozpoznaniem

jadłowstrętu psychicznego, z dużym i postępującym spadkiem wagi ciała), gdyż miała ona charakter terapeutyczny, a pacjent opuszczał pomieszczenie na posiłki. Mimo wątpliwości natury formalnej została jednakże ostatecznie zakwalifikowana przez osobę zlecającą jako izolacja w rozumieniu przymusu bezpośredniego (wraz z założeniem karty przymusu). Przebieg izolacji nie w całości przebiegał w sposób zgodny z przepisami (ale nie był też tak restrykcyjny). Z wyjaśnień personelu wynika, iż izolacja ta miała na celu zabezpieczenie nadzoru nad spożywaniem posiłków przez pacjenta. Ma to oczywiście sens terapeutyczny, jednakże w opinii eksperta KMP, w sposób nazbyt rygorystyczny. Zapewnienie kontroli spożywania posiłków przez pacjenta z rozpoznaniem *anorexia nervosa* może odbyć się poprzez zabezpieczenie ciągłego nadzoru ze strony personelu pielęgniarskiego (wymaga to oczywiście odpowiednich nakładów finansowych ze strony podmiotu leczniczego, ale jest możliwe i wykonalne).

Ponadto zastrzeżenie eksperta Mechanizmu budzi fakt braku odpowiedniego (zgodnego z przepisami prawa) sposobu rejestrowania środków przymusu bezpośredniego w oddziale Diagnostyczno–Obserwacyjnym. Rejestr zabezpieczeń prowadzony jest na dokumencie *ROZKŁAD PRACY PIELEŃNIAREK, SALOWYCH*, a jego czytelność, w opinii eksperta KMP jest wątpliwa.

Mając to na uwadze przedstawiciele KMP zalecają wyeliminowanie stwierdzonych uchybień związanych ze stosowaniem środków przymusu bezpośredniego.

Postanowienia regulaminów oddziału nie zawierają postanowień dotyczących odpowiedzialność dyscyplinarnej.

6. Prawo do ochrony zdrowia

Każdy nowo przyjęty pacjent badany jest przez lekarza psychiatrę. Dostęp pacjentów do pracowników medycznych na oddziale nie jest ograniczony. Spotkania z lekarzami odbywają się w sposób planowy (wizyty lekarskie, indywidualne okresowe badania), a także z inicjatywy pacjentów lub też w sytuacjach szczególnych (pogorszenie stanu psychicznego, wystąpienie choroby somatycznej itp.). W sytuacjach nagłych, poza godzinami pracy personelu lekarskiego, istnieje możliwość zbadania pacjenta przez lekarza dyżurnego. W rozmowach z przedstawicielami KMP pacjenci potwierdzili powyższe informacje przekazywane przez personel oddziałów. Rozmówcy wiedzieli na jakie choroby cierpią i jakie lekarstwa przyjmują.

W przypadkach wystąpienia zaburzeń natury somatycznej, istnieje możliwość

konsultacji pacjenta przez lekarza innej specjalności niż psychiatra. Szpital zatrudnia lekarzy specjalistów: internistę, neurologa oraz ginekologa, którzy są codziennie do dyspozycji pacjentów. Okulista przyjmuje 2 razy w tygodniu, chirurg oraz dermatolog w razie potrzeby. Z lekarzami innych specjalności Szpital posiada podpisane umowy. Bez zastrzeżeń pozostaje również dostępność do opieki stomatologicznej (oddziały pozostają w jednym kompleksie strukturalno–funkcjonalnym z kliniką stomatologii).

Każdy z oddziałów oferuje szeroki zakres leczenia farmakologicznego, w tym leków psychotropowych najnowszych generacji (leków antypsychotycznych, leków tymoleptycznych oraz normotymicznych). Dostępność leków służących do leczenia chorób towarzyszących (somatycznych) również nie budzi zastrzeżeń eksperta KMP. Leki zlecane przez lekarzy oddziałów lub też przez lekarzy specjalistów innych specjalności są dostępne po ich zamówieniu w aptece szpitalnej.

Na oddziałach są stosowane zabiegi elektrowstrząsowe, z udziałem anesteziologa (3 razy w tygodniu). Zabiegi te wykonywane są po uprzednim wyrażeniu zgody przez pacjenta na ich wykonanie (pisemnej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa).

Szpital dysponuje szpitalną listą leków, których zakup dokonywany jest przez aptekę szpitalną (po uprzedniej procedurze przetargowej).

Dokumentacja medyczna (historie choroby) prowadzona jest w wersji papierowej. Zapisy są dokonywane na bieżąco, niezwłocznie po udzieleniu świadczenia (jak wynika z relacji osób dokonujących wpisów), przez osoby upoważnione do dokumentowania wykonanych świadczeń zdrowotnych. Zastrzeżenia eksperta Mechanizmu budzi sposób dokumentowania zleceń lekarskich (zwłaszcza farmakologicznych). Z zapisów dokonywanych na *kartach obserwacyjnych i zleceń lekarskich* nie jest możliwe w sposób zawsze jednoznaczne zidentyfikowanie osób dokonujących zleceń (lekarzy) oraz osób wykonujących zlecenia (pielęgniarki). Brak także jest jednoznacznego dokumentowania faktu wykonania wszystkich zleceń lekarskich (zapisy nie umożliwiają jednoznacznego stwierdzenia, czy wszystkie zlecenia zostały wykonane). W części przypadków brakuje podania w *kartach* postaci zlecanych leków, a także ich dawek. Część zapisów jest mało czytelna, z poprawkami, dodatkowymi znakami i przekreśleniami (bez ich autoryzacji) uniemożliwiającymi jednoznaczne stwierdzenie, jaki lek ostatecznie został zlecony i który z nich został pacjentowi podany. Część dokumentacji medycznej nie jest oznaczona danymi osoby, której dotyczy (na każdej stronie).

Podsumowując: część dokumentacji medycznej prowadzona jest z niezgodnie z

przepisami 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. 968 ze zm.), a sposób jej prowadzenia może narażać pacjentów na nieprawidłową ordynację oraz wykonywanie zleceń lekarskich.

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 regulaminach poszczególnych oddziałów. Z treścią powyższego dokumentu pacjenci są zapoznawani bezpośrednio po przyjęciu, na oddziale.

Na tablicach ogłoszeń, wywieszonych na korytarzach w każdym z wizytowanych oddziałów zamieszczony był szereg informacji, m.in. regulamin oddziału, prawa pacjenta, dane kontaktowe rzecznika praw pacjenta szpitala psychiatrycznego oraz Rzecznika Praw Pacjenta, łódzkiego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, tygodniowy plan zajęć, informację o terminach kiedy odbywa się msza, informacja na temat możliwości uzyskania przepustek.

Pracownicy zespołu Krajowy Mechanizm Prewencji bardzo dobrze oceniają nieograniczony dostęp pacjentów do wszystkich istotnych informacji związanych z pobytem w placówce, zalecają jednakże poszerzenie 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 Helsińską Fundację Praw Człowieka.

Warto w tym miejscu 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)]).

W szpitalu pełni swoją funkcję rzecznik praw pacjenta szpitala psychiatrycznego. 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.

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. Zawartość przesyłanych paczek kontrolowana jest przez personel oddziału w obecności pacjenta. Realizacja rozmów telefonicznych możliwa jest za pomocą samoinkasującego aparatu telefonicznego znajdującego się na korytarzu każdego z oddziałów. Pacjenci mogą także posiadać telefony komórkowe. Ładowanie tych urządzeń odbywa się w dyżurkach pielęgniarek.

Odwiedziny pacjentów odbywają się: na oddziale Diagnostyczno-Obserwacyjnym w godzinach od 10.00 do 20.00, Zaburzeń Psychotycznych od 9.00 do 19.00, a Zaburzeń Afektywnych od 10.00 do 18.00. Pacjenci mogą przyjmować gości na świetlicy/jadalni. Pacjenci mogą także udać się z odwiedzającymi na patio lub poza teren szpitala.

Natomiast uprawnienia pacjenta przyjętego do pododdziału Zaburzeń Odżywiania, którego pobyt dzieli się na 4 etapy, są zróżnicowane pod względem możliwości kontaktu ze światem zewnętrznym. W pierwszym z etapów (0) pacjent nie może samodzielnie komunikować się z osobami spoza szpitala, nie może także opuszczać oddziału. Wszelkie informacje przekazywane są pośrednio przez personel. Na tym etapie pacjent nie może opuszczać oddziału oraz jest nadzorowany podczas korzystania z toalety (w celu wyeliminowania przypadków wymuszania wymiotów). Powyższe restrykcje są utrzymywane do uzyskania wzrostu wagi do BMI=15. Zgodnie z opinią eksperta KMP zastosowane ograniczenia (brak bezpośredniego kontaktu pacjenta z osobami bliskimi) podczas terapii osób z rozpoznaniem anorexia nervosa (jadłowstręt psychiczny) znajdują swoje uzasadnienie w prowadzonej terapii i służą jej prawidłowemu przebiegowi z uwagi na konieczność sprawowania nadzoru nad przyjmowaniem posiłków przez leczonego pacjenta oraz wynikają z przyczyn etiologicznych zaburzeń (zaburzone relacje interpersonalne z osobami bliskimi, zwłaszcza rodzicami). 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).

O ile ograniczenia dotyczące kontaktu z osobami spoza szpitala oraz wyjść z oddziału są być do przyjęcia w odniesieniu do pacjentów, którzy dobrowolnie poddają się leczeniu (dobrowolnie rezygnują z przysługujących im praw) to budzą poważne zastrzeżenia pod względem legalności w przypadku osób przebywających w oddziale na mocy postanowienia sądu. Podstawą umieszczenia osoby bez zgody jest postanowienie sądu, w sytuacji kiedy pozostawienie takiej osoby bez opieki medycznej stanowiłoby zagrożenie życia lub zdrowia tej osoby lub innych osób. Sąd wydając to postanowienie pozostawia tą osobą pod opieką personelu medycznego. Należy podkreślić, że sytuację osoby umieszczonej w szpitalu bez zgody są określone w przepisach, gdyż zgodnie z art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej *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 odniesieniu do odwiedzin zastrzeżenia wizytujących budzi także zapis regulaminu oddziału Zaburzeń Psychotycznych, zgodnie z którym dzieci do lat 14 nie mogą przebywać na terenie oddziału. W ocenie przedstawicieli Mechanizmu umożliwienie odwiedzin winno być podyktowane stanem psychicznym pacjenta, a także sytuacją panującą na Oddziale. 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 usunąć postanowienie regulaminu wprowadzające zakaz odwiedzin pacjentów przez dzieci poniżej 14 roku życia.

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.

9. Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne

Pacjenci mają zapewnioną bogatą ofertę zajęć terapeutycznych, kulturalno-oświatowych i sportowych.

Tak jak wskazano wcześniej na oddziale Diagnostyczno-Obszerwacyjnym oraz Zaburzeń Psychotycznych zatrudnionych jest po 2 terapeutów zajęciowych (dzięki czemu zajęcia są prowadzone także popołudniu), natomiast na oddziale Zaburzeń Afektywnych pracuje jeden terapeuta. Nie budzi to zastrzeżeń eksperta KMP, ponieważ w oddziale tym zajęcia popołudniowe organizowane są przez zatrudniony w oddziale personel psychologiczny (profil oddziału wymaga bardziej intensywnych oddziaływań psychoterapeutycznych).

W pracowniach terapii zajęciowej, zlokalizowanych na poszczególnych oddziałach, prowadzane są z pacjentami różnego rodzaju działania (zajęcia muzyczne, plastyczne). Pomieszczenia te były właściwie urządzone, nie brakowało również odpowiednich materiałów. Zastrzeżenia w tym zakresie ekspert Mechanizmu sformułował w odniesieniu do zbyt małego pomieszczenia do terapii zajęciowej w Oddziale Zaburzeń Psychotycznych (przeznaczonego do wykorzystania przez pacjentów dwóch oddziałów). W związku z powyższym pracownicy Mechanizmu zalecają zwiększyć powierzchnię przeznaczoną do terapii na ww. Oddziale. Zajęcia sportowe, w tym joga realizowane są na sali widowiskowej a inne na sali ćwiczeń.

Do dyspozycji pacjentów pozostaje również biblioteka.

10. Warunki bytowe

We wszystkich oddziałach zapewniono pacjentom dobre warunki bytowe. Każdy pokój wyposażony jest w łóżka, szafki, szafy (zamykane, klucze mają pacjenci) krzesła. W dniu wizytacji sale chorych były czyste i zadbane. Jednakże w oddziale Diagnostyczno-Obszerwacyjnym 2 pacjentów było ulokowanych na korytarzu. Zgodnie z informacjami personelu, było to związane z potrzebą wzmożonego nadzoru nad tymi osobami oraz brakiem wolnych miejsc w pokojach przeznaczonych dla kobiet. W opinii przedstawicieli KMP pozbawiając pacjentów miejsca w pokoju i przenosząc na ogólnodostępny korytarz, narusza się ich prawo do prywatności. Podniesienia wymaga, iż

takie warunki nie tylko nie sprzyjają zdrowieniu, ale mogą wręcz nasilać zachowania chorobowe i agresywne. Dla personelu zaś mogą być źródłem nadmiernego obciążenia psychicznego. Pracownicy Mechanizmu zalecają zatem, bezzwłoczne zaprzestanie umieszczania pacjentów na korytarzach. Przedstawiciele KMP podkreślają, że w gestii dyrektora i personelu szpitala jest stworzenie pacjentom odpowiednich warunków do leczenia i rehabilitacji, m.in. poprzez zapewnienie właściwej przestrzeni życiowej. Oczywiście problem ten należy także rozpatrywać w szerszym kontekście problemu systemowego, tzn. niewystarczającej liczby miejsc w oddziałach psychiatrycznych. Ma to szczególne znaczenie w odniesieniu do pacjentów przyjętych bez zgody, kiedy odmowa przyjęcia może stwarzać bezpośrednie zagrożenie dla życia i zdrowia nie tylko chorego ale i jego otoczenia.

Ponadto w wielu pokojach łóżka były dostępne tylko z dwóch lub jednej strony, co jest niezgodne 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).

Posiłki pacjenci spożywają na stołówkach, pełniącej również funkcję świetlicy. Produkty spożywcze mogą być przechowywane w lodówkach oddziałowych. Między posiłkami pacjenci mogą przygotowywać sobie ciepłe napoje, w oddziałach do ich dyspozycji oddane są czajniki elektryczne. Pacjenci oddziału nie mieli zastrzeżeń do oferowanego im jedzenia.

W kompleksie oddziałów psychiatrycznych jest wydzielone patio, z bardzo dobrze zadbaną zielenią, ławkami i fontannami.

11. Sytuacja osób niepełnosprawnych w placówce

Oceniając kwestię warunków bytowych należy stwierdzić, że oddziały są dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych – brak jest progów, drzwi posiadają odpowiednią szerokość, w budynku jest winda, w każdym z oddziałów istnieje odpowiednio przystosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych toaleta.

12. Prawo do praktyk religijnych

Nabożeństwa odprawiane są w kaplicy szpitalnej/sali widowiskowej, w sobotę. Pacjenci, których stan zdrowia na to pozwala uczęszczają na msze święte. Pacjenci nie zgłaszali uwag w tym zakresie.

13. Zalecenia

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

Dyrektorowi Samodzielnego Publicznego ZOZ Centralnego Szpitala Klinicznego Instytutu Stomatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi:

1. wyeliminowanie stwierdzonych uchybień związanych ze stosowaniem środków przymusu bezpośredniego;
2. zaprzestanie umieszczania pacjentów na korytarzach;
3. dostosowanie dostępu do łóżek pacjentów zgodnie z wymogami zawartymi w § 18 i 19 rozporządzenie 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);
4. prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem 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. 968 ze zm.);
5. zwiększenie obsady pielęgniarskiej w oddziale Diagnostyczno-Obserwacyjnym;
6. zmianę zapisu regulaminu oddziału Diagnostyczno-Obserwacyjnego w zakresie odwiedzin, zgodnie z uwagami zawartymi w pkt 8 Raportu;
7. przeszkolenie personelu ze stosowania środków przymusu bezpośredniego, zgodnie z zaleceniem zawartym w pkt. 4 Raportu;
8. uzupełnienie informacji zamieszczonych na tablicy informacyjnej o adresy Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem na ogólnopolską bezpłatną infolinię – 800 676 676) sędziego rodzinnego i Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.

Prezesowi Sądu Rejonowego dla Łodzi-Widzewa:

1. wyjaśnienie przypadku (dane osobowe usunięto)_wskazanego w pkt. 3 Raportu.