

KMP.574.12.2016.DK

Raport
przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji
oddziału psychiatrycznego Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu
(wyciąg)

1. Wprowadzenie

Na podstawie artykułu 19 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192, zwanego dalej OPCAT) oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniu 9 sierpnia 2016 r. do Oddziału Psychiatrycznego Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu (zwanego dalej: Oddział, placówka), udał się Krzysztof Olkowicz - Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich wraz z przedstawicielami Zespołu *Krajowy Mechanizm Prewencji* (dalej: KMP lub Mechanizm): dr Justyną Józwiak (socjologiem, politologiem w zakresie resocjalizacji), Dorotą Krzysztoń (kryminologiem) i Rafałem Kulasem (prawnikiem). Ponadto w wizytacji wzięła udział lek. med. Teresa Adamczyk (specjalista psychiatra), której ekspertyza została uwzględniona w niniejszym raporcie.

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 placówce 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 2016 poz. 546 j.t., dalej u.o.z.p.)].

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

1. przeprowadzono rozmowy m.in. z Tomaszem Szymańskim - dyrektorem szpitala, lek. med. Ewą Gizą - ordynatorem oddziału, Jackiem Mieszkowskim - pielęgniarzem oddziałowym, a także z lek. Zofią Wójcik - Bogdańską - odpowiedzialną za kontakt z pacjentami szpitala w sprawie ich skarg i wniosków;
2. dokonano oglądu pomieszczeń, w tym: pokoi pacjentów, sal terapeutycznych i rehabilitacyjnych, sanitariatów;
3. przeprowadzono rozmowy indywidualne z wybranymi pacjentami;
4. poddano analizie wybraną dokumentację, dostępną na miejscu m.in. książki raportów pielęgniarzkich, historie chorób losowo wybranych pacjentów przebywających w Oddziale bez zgody, dokumentację dotyczącą stosowania przymusu bezpośredniego.

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną pomieszczeń Oddziału.

Pracownicy BRPO poinformowali dyrektora, ordynatora Oddziału psychiatrycznego oraz innych przedstawicieli personelu obecnych podczas podsumowania wizytacji, o ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności, a także wysłuchali ich uwag i wyjaśnień.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano wybraną dokumentację związaną z funkcjonowaniem Oddziału.

W przedmiocie zainteresowania przedstawicieli KMP każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: legalność pobytu w szpitalu, traktowanie pacjentów przez personel placówki, kwalifikacje personelu, prawo do informacji, prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym, prawo do ochrony zdrowia oraz usług opiekuńczych, terapeutycznych i kulturalno-oświatowych, prawo do praktyk religijnych, warunki bytowe, dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. W niniejszym raporcie opisano jedynie te obszary, które w ocenie przedstawicieli KMP wyróżniają placówkę na tle pozostałych oraz te, które wymagają poprawy. Raport zawiera także sygnalizowane problemy wymagające zmian o charakterze systemowym.

2. Ogólna charakterystyka oddziału

Oddział psychiatryczny jest zlokalizowany w kołobrzeskim szpitalu wielospecjalistycznym, który posiada w swoich strukturach m.in. 15 oddziałów różnych

typów. Oddział psychiatryczny zaliczany jest według informacji jego ordynatora do systemu opieki psychiatrycznej szpitala, w skład którego, poza nim, wchodzi również dzienny oddział psychiatryczny oraz poradnictwo ambulatoryjne (poradnia uzależnień, poradnia zdrowia psychicznego i poradnia psychologiczna). Jest on Oddziałem przeznaczonym dla osób dorosłych (kobiet i mężczyzn). Jego pojemność wynosi 50 łóżek, wykorzystywanych w zależności od potrzeb (bez podziału na *łóżka męskie i żeńskie*).

3. Problemy systemowe

a) W tzw. salach wzmożonej obserwacji pacjentów (3 pomieszczenia) zamontowano monitoring wizyjny. Kwestia umieszczania w szpitalach psychiatrycznych kamer telewizji przemysłowej stanowi problem systemowy. Wiąże się on bowiem w sposób nierozłączny z ograniczeniem konstytucyjnie chronionego prawa do prywatności określonego w art. 47 Konstytucji RP, a także w art. 8 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności przyjętej w Rzymie w dniu 4 listopada 1950 r. (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284). Monitorowanie pacjentów szpitali, jako materia wkraczająca w podstawowe wolności i prawa obywatelskie, powinna zostać uregulowana w akcie prawnym rangi ustawy.

W szczególności wskazuje na to treść art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, który stanowi, że *ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw.*

W dniu 5 stycznia 2016 r. Rzecznik Praw Obywatelskich skierował wystąpienie generalne do Ministra Zdrowia, w którym zwrócił się z prośbą o podjęcie prac zmierzających do regulacji stosowania monitoringu w akcie prawnym rangi ustawy.

Z odpowiedzi Ministra Zdrowia udzielonej w dniu 5 lutego 2016 r. wynika, że postulaty zgłoszone przez Rzecznika zostaną uwzględnione przy planowanej nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

4. Mocne strony placówki i dobre praktyki

a) Standardem działania personelu medycznego w przyjętym w wizytowanym szpitalu systemie opieki psychiatrycznej są wizyty środowiskowe w miejscu zamieszkania pacjentów, wspomagające proces leczenia, jak również poprawiające funkcjonowanie osób leczonych w społeczności lokalnej i środowisku rodzinnym, co przeciwdziała stygmatyzacji osób chorób psychicznych. Pacjenci po wypisaniu z oddziału psychiatrycznego, bardzo często celem kontynuacji leczenia, korzystają z dziennego oddziału psychiatrycznego lub poradni psychologicznej czy też funkcjonującego poza szpitalem, ale w ścisłej z nim współpracy - Powiatowego Ośrodka Wsparcia w Kołobrzegu (POW jest ośrodkiem wsparcia dziennego dla 30 osób z zaburzeniami psychicznymi z terenu miasta Kołobrzeg oraz powiatu kołobrzесьkiego i jednostką organizacyjną pomocy społecznej). Pacjenci po opuszczeniu oddziału psychiatrycznego, aktywizowani są społecznie i jest im - w zależności od potrzeb - proponowana psychoterapia, mająca na celu zwiększenie krytycyzmu chorobowego i pomoc w radzeniu sobie poza szpitalem. Szpital w tym zakresie korzysta z współpracy m.in. ze Stowarzyszeniem Użytkowników Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej oraz Ich Rodzin i Przyjaciół *Feniks*.

b) Współpraca ze Stowarzyszeniem Użytkowników Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej oraz Ich Rodzin i Przyjaciół *Feniks*. Organizacja ta powstała z inicjatywy ordynatora wizytowanego Oddziału oraz innych pracowników szpitala, którzy również aktywnie w niej działają. Wśród statutowych celów działalności Stowarzyszenia jest m.in.:

- dążenie do zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym,
- kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji,
- wspieranie grup samopomocy i innych inicjatyw społecznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego,

- dążenie do integracji działań zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej organów pomocy społecznej, stowarzyszeń i innych organizacji społecznych, fundacji.

Stowarzyszenie świadczy różne formy pomocy, w tym usługi specjalistów (działaczy tej organizacji), porady prawne i organizację imprez integracyjnych dla pacjentów, ich rodzin i środowiska lokalnego. Prowadzi rozmaite programy np. mające na celu reintegrację społeczno-zawodową osób z zaburzeniami psychicznymi oraz ich rodzin, a także kampanie medialne np. dotyczące zdrowia psychicznego.

5. Obszary wymagające poprawy

a) Legalność pobytu

Jak wynika z dostępnej dokumentacji (*dane osobowe usunięto*), o przyjęciu pacjenta bez zgody do Oddziału decyduje tylko jeden lekarz, nie zasięgając opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa.

Przedstawiciele KMP podkreślają, że stosownie do dyspozycji art. 23 ust. 2 u.o.z.p., *o przyjęciu do szpitala osoby, o której mowa w ust. 1, postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa*. Pomimo, że przepis ten nie nakłada obowiązku zasięgnięcia opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa, a jedynie zalecenie do zasięgnięcia ich opinii, w ocenie przedstawicieli KMP opinia taka stanowi dodatkowe zabezpieczenie pacjenta przed ewentualną pomyłką lekarską i powinno być w tym przypadku powszechnym standardem. Należy mieć bowiem na względzie, że przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody stanowi głęboką ingerencję w podstawowe wolności człowieka. W takim przypadku organy władzy publicznej powinny dołożyć wszelkich starań w zakresie zapobiegania ewentualnym pomyłkom w ocenie przesłanek uzasadniających pobyt.

Warto w tym miejscu odwołać się do standardów Europejskiego Komitetu ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT), który wskazał, że *osoby chore psychicznie i niepełnosprawne umysłowo – z racji swojej wrażliwości – wymagają znacznej uwagi, tak aby uniknąć wszelkich działań – czy też nie dopuścić się zaniechania – na ich szkodę. Wynika z tego, że przymusowe umieszczenie w ośrodku psychiatrycznym powinno być zawsze związane z właściwymi*

gwarancjami. (...) W procedurze podejmowania decyzji o przymusowym umieszczeniu w ośrodku należy zapewnić gwarancje niezależności i bezstronności, a także obiektywne ekspertyzy lekarskie¹.

Przedstawiciele KMP rekomendują, aby przy wydawaniu decyzji o przyjęciu pacjenta na Oddział zasięgać opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa, w czasie gdy drugi lekarz lub psycholog są dostępni w placówce.

Analiza dokumentacji pacjentów obecnych w szpitalu bez zgody ujawniła też inne mankamenty dotyczące pozbawienia wolności niektórych z nich, a związane z: rozpoznaniem choroby psychicznej podczas przyjmowania do placówki, zaakceptowaniem przyjęcia pacjenta bez zgody do oddziału psychiatrycznego przez ordynatora Oddziału i wykazaniem w dokumentacji, że przyjmowany pacjent stwarza zagrożenie dla życia swojego, czy też życia lub zdrowia innych osób.

W historii choroby pacjenta (*dane osobowe usunięto*) przyjętego w dniu 30 czerwca 2016 r. bez zgody do oddziału psychiatrycznego, widnieje rozpoznanie wstępne X61.1 – *Zamierzone zatrucie przez narażenie na leki przeciwpadaczkowe, uspokajająco-nasenne, przeciw chorobie Parkinsona i psychotropowe, niesklasyfikowane gdzie indziej (w instytucji mieszkalnej)*, które w ocenie eksperta nie jest rozpoznaniem psychiatrycznym i nie kwalifikuje do przyjęcia pacjenta do oddziału psychiatrycznego, w dodatku bez wyrażenia zgody na pobyt i leczenie w szpitalu psychiatrycznym. Pacjent przyjęty do oddziału psychiatrycznego bez zgody powinien mieć rozpoznanie psychiatryczne (F00-F99), a nie somatyczne (X61, X64 czy inne).

W historii choroby tej osoby brak jest zaakceptowania przyjęcia pacjenta bez zgody do Oddziału psychiatrycznego przez ordynatora, co jest niezgodne z art. 23 ust. 4 u.o.z.p., wymagającym wskazanego zatwierdzenia w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia.

Ponadto ordynator w zawiadomieniu do dyrektora Szpitala nie poinformowała o tym, czy zachowanie pacjenta wskazuje, iż stanowi on zagrożenie dla życia swojego, czy też życia lub zdrowia innych osób. Ordynator zawiadomiła dyrektora placówki, że *pacjent został przyjęty do oddziału bez zgody wg art. 22.2 a u.o.z.p. z uwagi na senność, brak możliwości logicznego kontaktu słownego nie był zdolny do wyrażenia świadomej zgody*.

¹ Zob. pkt 51 i 52 Fragment Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98) 12], dostępny na stronie: <http://www.cpt.coe.int/lang/pol/pol-standards.pdf>.

Zgodnie z art. 23 ust. 1 u.o.z.p. *osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 tylko wtedy, jeżeli jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.*

Jeżeli zatem pacjent jest niezdolny do wyrażenia zgody, również muszą zachodzić przesłanki art. 23 albo art. 24 u.o.z.p. Tylko wówczas można przyjąć pacjenta niezdolnego do wyrażenia zgody w trybie nagłym na leczenie bez jego zgody. W przeciwnym wypadku obowiązuje tryb wnioskowy.

W innym przypadku, dotyczącym pacjentki (*dane osobowe usunięto*), która po przyjęciu do szpitala w dniu 26 czerwca 2016 r., w dniu 11 lipca 2016 r. wycofała zgodę na pobyt w Oddziale, skierowano w dniu 12 lipca 2016 r. zawiadomienie do sądu, w którym wskazano na przyjęcie pacjentki bez zgody w trybie art. 23 u.o.z.p., zamiast właściwego przepisu art. 28 dotyczącego cofnięcia przez pacjentkę zgody na pobyt i leczenie w szpitalu.

W związku z powyższym, przedstawiciele KMP zalecają wpisywanie w dokumentacji pacjentów przyjmowanych bez zgody, rozpoznania psychiatrycznego wraz z informacją o bezpośrednim zagrożeniu życia lub zdrowia własnego lub innych osób. Należy też zwrócić uwagę na wykazywanie właściwych podstaw prawnych przyjęcia, w dokumentacji kierowanej do sądów

Z treści § 2 ust. 4 pkt 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w *sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* (Dz. U. z 2015 r., poz. 2069) wynika, że wszystkie zaświadczenia, orzeczenia, opinie należą do dokumentacji medycznej zewnętrznej, których kopie należy pozostawiać w historii choroby. Wskazane byłoby zatem uzupełnienie dokumentacji medycznej również o opinię biegłego sądowego psychiatry dotyczącą stanu psychicznego pacjenta leczonego bez zgody.

b) Traktowanie pacjentów przez personel wizytowanego oddziału

Pacjenci generalnie chwalili personel Oddziału i nie sygnalizowali, aby ktokolwiek z pracowników szpitala był wobec nich agresywny werbalnie lub fizycznie.

W wizytowanej placówce stosowany jest przymus bezpośredni wobec osób agresywnie pobudzonych i zagrażających sobie lub otoczeniu. Zabezpieczenia mechaniczne w postaci unieruchomienia w pasach zdaniem eksperta były -

w zanalizowanych przypadkach - zasadne, a lekarze uprzedzili pacjentów o zastosowaniu przymusu bezpośredniego i pacjentom zapewniono nadzór pielęgniarski. Okres stosowania przymusu również był właściwy. Niemniej jednak wizytujący stwierdzili następujące uchybienia dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia z użyciem pasów.

- Kierownik podmiotu leczniczego nie zawsze był informowany o zastosowaniu przymusu bezpośredniego, co jest niezgodne z § 16 ust.1 pkt 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 rozporządzenia dot. ś.p.b.). Zasadność zastosowania przymusu nie była zatem we wszystkich przypadkach oceniona przez dyrektora szpitala lub upoważnionego przez niego lekarza, wbrew treści art. 18 ust.10 pkt 1 u.o.z.p.
- Niektóre karty zastosowania unieruchomienia były wypełnione tylko częściowo, bez wskazania osób wykonujących unieruchomienie lub wskazując niepełne informacje o tych osobach (np. wymienienie tylko 1 osoby w przypadku pacjenta NN nr historii choroby *dane usunięto*).
- Należy w tym miejscu zaznaczyć, że w niektórych kartach widniało 3 pracowników zamiast 5, stosujących przymus. Tym samym istnieje również wątpliwość dotycząca ilości osób biorących udział w unieruchomieniu. Zgodnie z uzasadnieniem rozporządzenia dot. ś.p.b. cyt. *Efektywne i bezpieczne zastosowanie przymusu bezpośredniego, tj. samo jego wykonanie, wobec silnej i sprawnej fizycznie osoby wymaga udziału 5 osób*. Opisana sytuacja, zastana w wizytowanym Oddziale, wymaga wyjaśnienia.
- W jednym przypadku unieruchomionego pacjenta (*dane osobowe usunięto*) w karcie zastosowania unieruchomienia podano inną liczbę godzin stosowania przymusu (26) niż to wynikało z obserwacji pielęgniarskich (2), co wydaje się błędem formalnym.
- Nie zawsze umieszczano informację o zastosowaniu przymusu w książce raportów pielęgniarskich, co jest niezgodne z § 13 ust. 2 rozporządzenia dot. ś.p.b.
- Prowadzony w oddziale rejestr przymusu bezpośredniego (*Księga przymusów*) jest niezgodny z wzorem określonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia dot. ś.p.b.

Nie zawiera m.in. opisu przyczyn zastosowania przymusu bezpośredniego i informacji o jego przebiegu.

- Analiza kart zastosowania unieruchomienia, prowadzi do wniosku, że zdarzają się przypadki długotrwałego stosowania tej metody przymusu bezpośredniego bez chwilowego zwolnienia w celu zmiany pozycji lub zaspokożenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych (problem ten dotyczył np. *dane osobowe usunięto*, unieruchomionego przez 10 godzin, począwszy od godz. 16.00 w dniu 24 lutego 2016 r.). Praktyka ta jest niezgodna z treścią § 11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia dot. ś.p.b.
- Z informacji pochodzących od pacjentów wynika, że zdarzają się unieruchomienia ich z użyciem pasów na łóżkach umieszczonych w korytarzu Oddziału, bez użycia parawanu. Informację tę potwierdziła ordynator wyjaśniając, że dzieje się tak w przypadku przeludnienia Oddziału i przyjęć nowych chorych. Zauważyć jednak należy, że w Oddziale nie wyodrębniono izolatek, w których można by stosować unieruchomienia przynajmniej wobec części pacjentów. Co więcej, potrzeba stosowania przymusu bezpośredniego dotyczy węższej grupy pacjentów, tj. nie wszyscy przyjmowani do Oddziału w tym samym czasie pacjenci wymagają zastosowania przymusu, a zatem zalecane jest poszukanie rozwiązania zapewniającego poszanowanie praw i godności osób, wobec których metody te są stosowane.

W tym kontekście należy zwrócić uwagę, że zgodnie z § 7 ust. 1 rozporządzenia dot. ś.p.b. *Przymus bezpośredni w formie unieruchomienia jest stosowany w pomieszczeniu jednoosobowym. W przypadku braku takiej możliwości, zgodnie z ust. 2 wskazanego przepisu 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.*

Nie sposób uznać, aby korytarz, jako miejsce przechodnie dla wielu osób, w tym odwiedzających pacjentów gości, spełniał powyższe wymogi oraz był optymalnym pomieszczeniem pozwalającym na wyciszenie się osobie pobudzonej. Spełnienie zadość wymogom cytowanych przepisów, a przede wszystkim zapewnienie poszanowania praw i godności osób unieruchamianych, wymaga

stosowania tego typu przymusu w odrębnej sali. Jak wskazał Rzecznik Praw Pacjenta w wystąpieniu z dnia 30 października 2014 r. do Ministra Zdrowia (sygn. RzPP-ZZP.420.50.2014.AJA), powołując się na stanowisko Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z tego samego roku (sygn. MZ-DNK-094-1/WK/14), w przypadku konieczności unieruchomienia pacjenta, należy wykorzystywać do tego celu pomieszczenia do izolowania pacjentów, wyposażone w urządzenia monitorujące². W ocenie pracowników BRPO, wobec obecnej sytuacji lokalowej Oddziału, dopuszczalnym do czasu wyodrębnienia stosownych pomieszczeń do stosowania izolacji rozwiązaniem, jest stosowanie unieruchomienia w salach pacjentów, z użyciem parawanu osłaniającego osoby wobec których stosowany jest ten środek przymusu bezpośredniego.

- Pracownicy BRPO mają również zastrzeżenia dotyczące stosowania unieruchomienia z użyciem pasów na życzenie pacjentów, którzy - zgodnie z informacją ordynatora Oddziału - zgłaszają personelowi, że źle się czują i że może dojść z ich strony do agresji. Zgodnie z art. 18 ust. 1 u.o.z.p. można zastosować przymus bezpośredni jeżeli pacjent dopuszcza się zamachu na życie lub zdrowie własne lub innej osoby, dopuszcza się zamachu przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu, w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jego otoczeniu, albo poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Na gruncie obowiązującej ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, nie ma podstaw prawnych do stosowania przymusu bezpośredniego wyłącznie w oparciu o prognozowane ryzyko dokonania samouszkodzenia, czy deklarowanie myśli samobójczych. Ustawa nie zna też przesłanki zabezpieczenia pasami na życzenie pacjenta. Poza argumentami natury prawnej, należy również wskazać na opinię prof. dr hab. n. med. Jacka Wciórki – Kierownika I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, którego zdaniem personel nie powinien spełniać automatycznie prośby pacjenta, ale zapewnić mu odpowiednią opiekę terapeutyczną lub psychologiczną, która zneutralizuje zbliżający się atak. Spełnianie takich prośb niesie bowiem za sobą niebezpieczeństwo utrwalania w postawie konkretnych pacjentów ich pewnych nawyków, przyzwyczajzeń, które

² http://www.bpp.gov.pl/gfx/bpp/userfiles/_public/bip/wystapienia_rzecznika/zzp.420.50.2014.pdf

pozbawione jest zupełnie charakteru leczniczego. Profesor dopuszcza jeden wyjątek, tj. sytuację, w których osoba stosująca taki przymus może działać w stanie *wyższej konieczności* by zapewnić bezpieczeństwo w oddziale (np. z jakiś ważnych i wyjątkowych względów nie ma w oddziale wystarczającej liczby personelu, który mógłby stosować przymus w sytuacji agresji pacjenta grożącej zdrowiu i życiu innych osób lub mieniu).

W związku z brakiem wskazania przez personel konkretnych pacjentów, wobec których stosowano przymus na życzenie i tym samym brakiem możliwości zweryfikowania przez pracowników KMP okoliczności towarzyszących spełnianiu takich próśb, przedstawiciele BRPO poprzestają w tym miejscu na przypomnieniu przesłanek stosowania wobec pacjentów oddziałów psychiatrycznych tego subsydiarnego środka oddziaływania.

c) Prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym

W Oddziale stosuje się ograniczenia dotyczące rozmów przez prywatne telefony komórkowe. Z regulaminu Oddziału wynika, że ich posiadanie uzależnione jest od zgody lekarza, a z wyjaśnień ordynatora, iż chodzi o nieprawidłowe ich wykorzystywanie przez niektórych pacjentów (wykonywanie zdjęć innym osobom, dzwonienie do służb ratunkowych z fałszywymi zawiadomieniami, zamieszczanie obraźliwych lub krytycznych dla personelu komentarzy w internecie itd.), czemu nie potrafią inaczej zaradzić.

Ograniczenia w korzystaniu z telefonu komórkowego wykorzystywane są też przez personel jako element dyscyplinujący pacjentów. Z relacji pacjentów przebywających w szpitalu bez zgody w czasie wizytacji wynikało, że w lipcu lub w sierpniu br. jeden z pacjentów wykorzystał swój telefon w niewłaściwy zdaniem personelu Oddziału sposób (prawdopodobnie dzwonił do różnych służb ratunkowych), a po odebraniu mu aparatu przez kadrę placówki, pożyczał telefony od innych pacjentów. Za pożyczenie mu telefonu, nałożono na pacjentów sankcję w postaci nakazu oddania telefonów do depozytu, skąd mogą je dostawać raz dziennie i korzystać z nich wyłącznie w godzinach 16.00-17.00.

Powyższe stoi w sprzeczności z dokumentem pt. *Zasady ochrony osób z chorobą psychiczną i poprawa opieki chorych psychicznie*, przyjętym przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych uchwałą 46/119 w dniu 17 grudnia 1991 r. Zgodnie

z nimi m.in. *Każdy pacjent placówki psychiatrycznej ma w szczególności prawo do pełnego poszanowania jego:*

- 1. podmiotowości wobec prawa niezależnie od miejsca pobytu;*
- 2. prywatności;*
- 3. swobody komunikowania się, obejmującej swobodę komunikowania się z innymi osobami w placówce; swobody wysyłania i otrzymywania nieocenzurowanej korespondencji prywatnej; swobody przyjmowania na osobności adwokata i opiekuna prawnego, a także z rozsądną częstotliwością innych odwiedzających; oraz swobody dostępu do usług pocztowych i telefonicznych oraz do prasy, radia i telewizji (Zasada 13 pkt 1-3 w części pt.: *Prawa i warunki w placówkach psychiatrycznych*).*

Przedstawiciele KMP przypominają również, że zgodnie z zasadą legalizmu, wyrażoną w art. 7 Konstytucji RP, organy władzy publicznej działają na podstawie i w granicach prawa. Nie mogą więc domniemywać swojej kompetencji, a wszelkie ich działania muszą mieć podstawę prawną. Sąd Najwyższy w postanowieniu z 18 stycznia 2005 r. (sygn. WK 22/04) wskazał, że art. 7 Konstytucji RP stanowiący, że organy władzy publicznej działają na podstawie i w granicach prawa, zawiera normę zakazującą domniemywania kompetencji takiego organu i tym samym nakazuje, by wszelkie działania organu władzy publicznej były oparte na wyraźnie określonej normie kompetencyjnej.

Warto też wskazać, że nakładanie na ogół pacjentów ograniczeń w korzystaniu z telefonu komórkowego, w reakcji na nieodpowiednie zachowanie jednego z nich, nosi znamiona karania zbiorowego i nie może być akceptowane.

Reasumując, pracownicy szpitali nie mając ustawowego uprawnienia do wprowadzania ogólnego zakazu korzystania z telefonu, czy uzależnienia korzystania z niego od ich zgody. Natomiast ze względów medycznych mają prawo wprowadzenia indywidualnych ograniczeń w tym zakresie.

Z uwagi na powyższe przedstawiciele KMP rekomendują odstąpienie od uzależnienia korzystania przez pacjentów z telefonu od zgody lekarza i wprowadzanie wszelkich ograniczeń w tym zakresie indywidualnie, wyłącznie ze względów medycznych podyktowanych procesem leczenia.

Zgodnie z informacjami udzielonymi przez personel, odwiedziny pacjentów przez dzieci są możliwe wyłącznie poza Oddziałem. Dotyczy to jednak tylko tych pacjentów, którzy mają zgodę lekarza na opuszczenie Oddziału. Placówka nie dysponuje bowiem

pokojem, który mógłby służyć przyjmowaniu przez pacjentów odwiedzin z udziałem małych dzieci. Prowadzi to do sytuacji w których pacjenci nie mogą opuścić oddziału, ale nie zagrażający dzieciom (np. nie będący w ostrej psychozie) pozbawieni są kontaktu ze swoimi bliskimi, co poza samym faktem pozostawania w detencji, stanowi nadmierną, nieuzasadnioną dolegliwość.

Problem odwiedzin pacjentów szpitali i oddziałów psychiatrycznych przez dzieci wskazywany był już w *Raporcie Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w roku 2015*³. W odniesieniu do przedstawionej kwestii Rzecznik Praw Obywatelskich stwierdza, że *w odniesieniu do odwiedzin, zastrzeżenia wizytujących wzbudziły obowiązujące w siedmiu wizytowanych szpitalach ograniczenia czy też utrudnienia związane z odwiedzinami pacjentów przez dzieci, wbrew wskazanym wyżej przepisom prawa. Oczywiście odwiedzające pacjentów małe dzieci mimo, iż przychodzą z dorosłymi opiekunami, mogą nie być przygotowane na wizytę w tak szczególnym dla dziecka miejscu, jakim jest szpital psychiatryczny. W oddziale mogłyby one napotkać pacjentów i swoich krewnych w różnym stanie oraz często zachowujących się w sposób trudny dla małoletnich. Ze względu na ryzyko doznania przez nie uszczerbku psychicznego, w ocenie przedstawicieli Mechanizmu, zamiast wykluczać dzieci z kręgu osób odwiedzających czy też dopuszczać do spotkań z nimi wyłącznie poza oddziałami czy placówką (co z kolei jest niemożliwe w przypadku pacjentów nie mogących wychodzić), warto zadbać o wyodrębnienie pokoju, który mógłby służyć do przyjmowania przez pacjentów odwiedzin z udziałem małych dzieci. Przedstawiciele KMP rekomendują zatem rozważenie wyodrębnienia pokoju do odwiedzin dla pacjentów mogących widywać się z dziećmi, ale nie mogących wychodzić poza Oddział.*

Stwierdzonym przez wizytujących problemem jest dostęp pacjentów do świeżego powietrza. Część pacjentów nie ma go w ogóle, bo z przyczyn zdrowotnych nie mogą wychodzić samodzielnie na spacer, a szpital nie dysponuje zabezpieczonym przed ew. ucieczką placem spacerowym dla pacjentów. Natomiast pacjenci mający tzw. wolne wyjścia od kilkudziesięciu dni nie wychodzą na spacer, bo organizatorką grupowych wyjść na świeże powietrze była terapeutka wykonująca terapię światłem i koloroterapię, obecnie przebywająca na długotrwałym zwolnieniu lekarskim. Przedstawiciele KMP

³ <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/raport-rpo-z-dzia%C5%82alno%C5%9Bci-w-polsce-kmp-w-roku-2015>

zalecają, aby w tym czasie wyznaczony został innego pracownika Oddziału do organizowania grupowych wyjść pacjentów.

Kierując się dobrą praktyką niektórych szpitali, w których zorganizowano np. wewnętrzne patia dla pacjentów oddziałów psychiatrycznych, pracownicy BRPO rekomendują zapewnienie w przyszłości wszystkim pacjentom - przy okazji planów modernizacyjnych placówki - możliwości przebywania na świeżym powietrzu przynajmniej przez godzinę dziennie, w przypadku dobrych warunków atmosferycznych. *Pacjenci powinni mieć regularny dostęp do właściwie wyposażonych pokoiów rekreacyjnych oraz mieć możliwość codziennych ćwiczeń na świeżym powietrzu.* [§ 37 Ósmego Sprawozdania Ogólnego CPT/Inf (98) 12].

d) Personel wizytowanej placówki

Od dyrektora placówki odebrano informację, że liczba personelu odpowiada faktycznym potrzebom czy standardom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2013 r., poz. 1386 z późn. zm.).

Zdarza się, że liczba pacjentów przekracza pojemność oddziału (tak jak sygnalizowała to ordynator Oddziału), co oznacza, że kadra szpitala obciążona jest wówczas dodatkowymi zadaniami.

Personel placówki ma adekwatne do zajmowanego stanowiska wykształcenie i sukcesywnie podnosi kwalifikacje w ramach specjalizacji (lekarze), tudzież szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych, m.in. związanych z psychiatrią i psychologią oraz postępowaniem z pacjentami agresywnymi.

Z rozmowy eksperta z personelem lekarskim wynika, że nie są oni dobrze zorientowani w problemach prawnych i nie rozumieją zapisów u.o.z.p. Zważywszy na tą opinię i stwierdzone w raporcie wady dokumentowania i stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia z użyciem pasów, a także uwagi dotyczące prowadzenia dokumentacji pacjentów przyjętych bez zgody i zawiadomień kierowanymi do sądu, opisane w pkt 5 lit. a) raportu, przedstawiciele KMP zalecają rozszerzenie oferty szkoleniowej personelu o zagadnienia prawne dot. przymusu bezpośredniego i praw pacjenta, podstaw prawnych przyjęcia pacjenta bez zgody oraz dokumentowania czynności z tym związanych.

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.

e) Prawo do informacji

Podczas przyjmowania do szpitala, pacjenci podpisują - o ile są w stanie - formularz zapoznania się z regulaminem Oddziału i oświadczenie o zapoznaniu się ze swoimi prawami i obowiązkami. Bywają jednak w tym zakresie wyjątki np. (*dane osobowe usunięto*) choć podpisał formularz zawierający tekst regulaminu, to nie podpisał wymienionego oświadczenia o prawach i obowiązkach pacjenta.

Podobne braki widoczne są w innych oświadczeniach pacjentów, załączanych historii choroby, takich jak druk oświadczenia o udzieleniu zgody na dostęp do dokumentacji medycznej i dostęp do informacji o pacjencie, druk świadomej zgody na wykonanie zabiegu lekarskiego oraz druk informacji o przetwarzaniu danych osobowych, które często są niewypełnione lub wypełnione są częściowo.

Przedstawiciele Mechanizmu zalecają każdorazowe zapoznawanie pacjentów z ich prawami i obowiązkami oraz odbieranie powyższych oświadczeń od osób, które są w stanie zrozumieć ich treść i samodzielnie wyrazić w związku z nią swoją wolę.

Wprawdzie pacjenci przebywający w oddziałach mają pełny dostęp do swojej dokumentacji medycznej, ale w ich historiach chorób nie ma druków oświadczeń wskazujących na to, że zostali poinformowani o sposobach leczenia i zaordynowanych lekach. W ocenie eksperta pacjenci powinni móc poświadczать, że zostali zapoznani z tymi informacjami.

Informacje dla pacjentów, zamieszczone na tablicach informacyjnych, są skromne. Warto rozważyć uzupełnienie tych materiałów o inne praktyczne dane (np. kiedy odbywają się nabożeństwa w kaplicy szpitalnej i jak można skontaktować się z kapłanem, informacje o działającej w szpitalu bibliotece etc.) Pracownicy BRPO zwracają również uwagę, że pacjenci powinni mieć stały, nieograniczony dostęp do adresów instytucji stojących na straży praw człowieka m.in. Biura Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii 0 800 676 676), sądu opiekuńczego, czy organizacji pozarządowych takich jak Helsińska Fundacja Praw Człowieka. Przedstawiciele KMP rekomendują uzupełnienie tablic informacyjnych Oddziału w ww. zakresie.

Z posiadanych przez pracowników BRPO informacji wynika, że w szpitalu działa biblioteka, jednakże w Oddziale, z którego część pacjentów nie może wychodzić ze względów zdrowotnych, nie jest dostępny katalog książek, z którego mogliby skorzystać, by wypożyczyć za pośrednictwem personelu lub innych pacjentów jakąś lekturę. Zaznaczyć należy, że dostępne w oddziale książki z tzw. podręcznej biblioteki nie są liczne. Przedstawiciele Mechanizmu rekomendują udostępnienie katalogu książek szpitalnej biblioteki pacjentom przebywającym w Oddziale.

f) Warunki bytowe

Oddział nie spełnia w pełni wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w *sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz.U. z 2012 r., poz. 739). W dniu wizytacji w salach pacjentów było bowiem dość ciasno, tzn. nie we wszystkich pomieszczeniach był dostęp do łóżek z 3 stron, co wymagane jest zgodnie z § 18 wymienionego aktu prawnego.

W ocenie warunków bytowych, reprezentanci KMP kierują się również międzynarodowymi standardami dotyczącymi szpitali psychiatrycznych. Jak podkreśla CPT w swoim Ósmym Sprawozdaniu Ogólnym [CPT/Inf (98) 12]:

§ 32 Komitet uważnie bada warunki życia i leczenia pacjentów; braki w tym zakresie mogą szybko doprowadzić do sytuacji wchodzącej w zakres pojęcia „niehumanitarne i poniżające traktowanie”. Powinno zmierzać się do zapewnienia takich warunków materialnych, które sprzyjają leczeniu i dobremu samopoczuciu pacjentów; posługując się terminologią psychiatryczną: właściwe środowisko terapeutyczne. Ma to duże znaczenie nie tylko dla pacjentów, lecz także dla personelu pracującego w ośrodkach psychiatrycznych.(...)

§ 34 Stworzenie pozytywnego środowiska terapeutycznego obejmuje, w pierwszym rzędzie zapewnienie właściwej przestrzeni życiowej pacjentom, a także odpowiednie oświetlenie, ogrzewanie i wentylację, utrzymywanie ośrodka w zadowalającym stanie oraz spełnianie wymogów higienicznych.

Kierując się powyższymi wskazaniem, należy zauważyć, że nie wszyscy pacjenci dysponowali szafami ubraniowymi, tj. nie było ich w tzw. salach wzmożonej obserwacji. Z wyjaśnień pracowników wynika, że w przeszłości jedna z szaf była zanieczyszczana

przez pacjentów, mylących ją z WC, co było powodem usunięcia tych mebli z wszystkich 3 sal. W ocenie pracowników BRPO wyposażenie sal pacjentów nie powinno się różnić.

W czasie wizytacji w Oddziale brakowało lodówki dla pacjentów, w której mogliby przechowywać prywatne artykuły spożywcze. Zważywszy na zasady higieny i bezpieczeństwa żywności, tudzież dobrą praktykę pozostałych szpitali i oddziałów psychiatrycznych, w których urządzenie to stanowi standardowe wyposażenie, pracownicy KMP zalecają zakupienie lodówki dla pacjentów.

Poza uzupełnieniem brakujących szaf, w oparciu o informacje pracowników Oddziału o wysłużeniu szaf ubraniowych i niektórych łóżek, przedstawiciele Mechanizmu zalecają zakup i wymianę na nowe tych mebli, które powinny być już wycofane z użytku ze względu na ich wyeksploatowanie.

Należy zwrócić uwagę na zbyt małą liczbę łazienek z prysznicami (2 na 50 pacjentów), również w kontekście prawnych regulacji dotyczących łazienek, którymi warto się kierować (patrz § 82 rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie Dz. U. z 2015 r., poz. 1422 j.t., dalej rozporządzenia Ministra Infrastruktury).

W Oddziale nie zainstalowano systemu alarmowo-przyzywowego. W ocenie reprezentantów KMP, ze względu na różny stan przyjmowanych pacjentów, system ten - umożliwiający szybką reakcję personelu na wezwanie o pomoc - należy zamontować.

f) Dostosowanie Oddziału do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

Poza podjazdem przed budynkiem (nie spełniającym w pełni warunków określonych w § 71 rozporządzenia Ministra Infrastruktury), windami, przestronnymi drzwiami do bezprogowych sal łóżkowych, w Oddziale nie ma żadnych innych udogodnień dla osób z niepełnosprawnością ruchową.

W celu pełnego dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami i poprawienia występujących mankamentów, przy okazji modernizacji, warto dokonać następujących zmian, polepszających jakość dostosowania:

- wszystkie schody powinny mieć oznaczenia kontrastowe (na dolnych i górnych stopniach) oraz oznaczenia przed biegiem stopni, co pozwoli na korzystanie z nich osobom niedowidzącym; to samo dotyczy oznaczeń przed każdym biegiem pochylni;

- czcionki we wszystkich pismach i tabelach wywieszanych na tablicach informacyjnych powinny być większe, aby z materiałami tymi mogły zapoznać się również osoby niedowidzące;
- poręcze przy schodach oraz przy pochylni przed budynkiem powinny mieć wysokość 90 cm (górną) i 75 cm (dolną), nadto prawidłowy rozstaw poręczy pochylni powinien wynosić 1-1,1 m;
- pochylnie wiodące do budynku powinna mieć - w zależności od ich wysokości - kąt nachylenia, który nie przekracza 6% (przy wysokości powyżej 50 cm) i który nie przekracza 8% (przy wysokości poniżej 50 cm);
- w łazienkach wszystkie krany powinny mieć zamiast kurków przedłużoną dźwignię, ułatwiającą uruchomienie ich osobom ze słabszymi rękami, wysokość muszli ustępowej: 45-50 cm, poręcze powinny być w odległości 40 cm od osi muszli i umieszczone na wysokości: 70-85 cm, górna krawędź umywalki powinna być umieszczona na wysokości 85 cm, dolna krawędź lustra powinna zaczynać się od poziomu umywalki (by skorzystała z niego również siedząca na wózku inwalidzkim osoba), a górna sięgać do wysokości stojącej osoby; należy też zapewnić swobodę manewrowania wózkiem (przestrzeń manewrowa 150 cm x 150 cm); zaznaczyć należy, że przestrzeń manewrowa jest ważna we wszystkich pomieszczeniach, z których korzystają osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich;
- klamki okienne w pokojach pacjentów powinny być zamontowane tak, aby dosięgnęła ich osoba siedząca na wózku inwalidzkim lub niskiego wzrostu, dotyczy to również wszelkich przycisków, kontaktów, skrzynek wrzutowych na skargi i wnioski, dozowników, wieszaków, z których korzystają osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich itp. Powinny one być na wysokości do 120 cm od powierzchni podłogi;
- ze względu na internautów z niepełnosprawnościami, istnieje potrzeba, aby strona internetowa placówki, była zgodna ze standardem WCAG 2.0 (strony internetowe zgodne z tym standardem są dostępne także dla osób z niepełnosprawnościami) oraz zawierała dokładny opis dostępności i informacji na temat możliwej asysty dedykowanej dla pacjentów i osób ich odwiedzających, którzy tego potrzebują;

- z uwagi na osoby niewidome i słabowidzące, należy rozważyć udostępnienie dokumentów (regulamin etc.) również w wersji audio. Warto też pamiętać o sukcesywnym zakupywaniu książek w tej wersji do biblioteki.

Wymienione standardy ustalone zostały przez przedstawicieli Fundacji *Polska bez barier*, zgodnie z zasadami planowania dostępności i uznane za optymalne dla odpowiedniego dostosowania placówek wizytowanych przez przedstawicieli KMP. Stanowią one o odpowiednich warunkach dla pacjentów, które zapewnią im swobodne poruszanie się pod terenie szpitala i Oddziału oraz samodzielne korzystanie z sanitariatów. Część z wyżej wskazanych rozwiązań (np. dotyczących pochylni) została również wymieniona w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury.

Wobec zastrzeżenia ordynatora, która podczas podsumowania wizytacji wyjaśniła, że brak dostosowań w łazienkach, związany jest z obawą o bezpieczeństwo pacjentów, którzy mogą dokonać w nich samouszkodzeń lub prób samobójczych, zauważyć należy, że z tego względu, zgodnie z praktyką innych placówek, można wyodrębnić jedną, w pełni dostosowaną łazienkę z WC i prysznic z udogodnieniami, które pozostawać będą pod nadzorem personelu.

g) Prawo do opieki medycznej

Pacjenci nie skarżyli się wprawdzie na jakość opieki medycznej, niemniej jednak w ocenie eksperta dokumentacja medyczna prowadzona w Oddziale nie spełnia istotnych wymogów.

Książki raportów pielęgniarskich są prowadzone regularnie (każdego dnia dokonywane są w nich adnotacje), ale zakres wpisywanych informacji jest niewystarczający. Jak już wspomniano w pkt 5 b raportu, brakuje w nich informacji w tak ważnej kwestii jak zastosowanie przymusu bezpośredniego, a także informacji o stanie psychicznym, o zachowaniu pacjentów przebywających w oddziale, opisu ważniejszych zdarzeń dotyczących zachowania pacjentów w czasie hospitalizacji czy też nazwisk pacjentów przebywających na przepustce.

Zauważono również, że zarówno obserwacje lekarskie jak i niektóre zlecenia w kartach zleceń nie są autoryzowane pieczętą i podpisem lekarzy (problem ten dotyczy m.in. *dane osobowe usunięto*).

Przedstawiciele KMP zalecają wyeliminowanie powyższych błędów.

6. Zalecenia przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji

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

1. zasięgnięcie opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa przy wydawaniu decyzji o przyjęciu pacjenta na Oddział, w czasie gdy drugi lekarz lub psycholog są dostępni w placówce;
2. wpisywanie w dokumentacji pacjentów przyjmowanych bez zgody, rozpoznania psychiatrycznego wraz z informacją o bezpośrednim zagrożeniu życia lub zdrowia własnego lub innych osób;
3. wskazywanie właściwych podstaw prawnych przyjęcia pacjenta bez zgody w dokumentacji kierowanej do sądu;
4. uzupełnienie dokumentacji medycznej o opinię biegłego sądowego psychiatry dotyczącą stanu psychicznego pacjenta leczonego bez zgody;
5. wyeliminowanie nieprawidłowości dotyczących stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia z użyciem pasów, opisanych w pkt 5 b raportu;
6. rozważenie wyodrębnienia pomieszczeń do stosowania izolacji;
7. rozważenie wyodrębnienia pokoju do odwiedzin pacjentów z ich małoletnimi bliskimi;
8. odstąpienie od uzależnienia korzystania przez pacjentów z telefonu od zgody lekarza i wprowadzanie wszelkich ograniczeń w tym zakresie indywidualnie, wyłącznie ze względów medycznych, podyktowanych procesem leczenia.;
9. każdorazowe zapoznawanie pacjentów z ich prawami i obowiązkami oraz odbieranie ich podpisów pod wszelkim oświadczeniami, które są oni w stanie zrozumieć oraz mogą wyrazić w danym zakresie swoją wolę;
10. wprowadzenie dołączanych do historii choroby druków oświadczeń o zapoznaniu pacjentów ze sposobami ich leczenia i zaordynowanych lekach;
11. uzupełnienie tablic informacyjnych Oddziału o dodatkowe, praktyczne informacje dla pacjentów oraz dane teled adresowe instytucji stojących na straży praw człowieka, w tym Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka i sądu opiekuńczego;
12. wyznaczenie pracownika, do organizowania grupowych wyjść pacjentów w czasie nieobecności osoby, która do tej pory wykonywała to zadanie;

13. zapewnienie w przyszłości wszystkim pacjentom, przy okazji planów modernizacyjnych placówki, możliwości przebywania na świeżym powietrzu przynajmniej przez godzinę dziennie, w przypadku dobrych warunków atmosferycznych;
14. zainstalowanie systemu alarmowo-przyzywowego;
15. wyposażenie sal pacjentów w brakujące szafy ubraniowe;
16. wymianę na nowe tych mebli, które powinny być już wycofane z użytku ze względu na ich wyeksploatowanie;
17. zakupienie lodówki dla pacjentów Oddziału;
18. dostosowanie łazienek dla pacjentów do wymogów rozporządzenia Ministra Infrastruktury;
19. dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, zgodnie ze wskazówkami zawartymi w pkt 5 lit. f raportu;
20. poszerzenie oferty organizowanych szkoleń dla kadry placówki o szkolenia z zakresu przymusu bezpośredniego, praw pacjenta, podstaw prawnych przyjęcia pacjenta bez zgody i dokumentowania czynności z tym związanych, a także komunikacji interpersonalnej i radzenia sobie ze stresem oraz wypaleniem zawodowym;
21. rozważenie wprowadzenia superwizji dla zespołu terapeutycznego;
22. udostępnienie katalogu książek szpitalnej biblioteki pacjentom umieszczonym w Oddziale.