

BPW.574.1.2016.NK

Raport
przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji
z wizytacji Oddziału Psychiatrycznego
105. Kresowego Szpitala Wojskowego z przychodnią SP ZOZ w Żarach
(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) oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 19-20 września 2016 r. do Oddziału Psychiatrycznego 105. Kresowego Szpitala Wojskowego z przychodnią SP ZOZ w Żarach (zwanego dalej Oddziałem) udali się przedstawiciele Zespołu Krajowy Mechanizm Prewencji (zwanego dalej KMP lub Mechanizmem): Przemysław Kazimirski – zastępca dyrektora Zespołu Krajowy Mechanizm Prewencji (prawnik) oraz Dorota Krzysztoń (kryminolog). W wizytacji wzięli również udział dr Marcin Mazur – zastępca dyrektora Zespołu ds. Wykonywania Kar oraz reprezentująca Biuro Pełnomocnika Terenowego Rzecznika Praw Obywatelskich we Wrocławiu dr Natalia Kłaczyńska.

Celem wizytacji zapobiegawczej było sprawdzenie sposobu przestrzegania praw osób umieszczonych w szpitalu psychiatrycznym bez ich zgody, zwanych dalej pacjentami, dokonując oceny pod względem ich ochrony przed torturami oraz innym niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem. Pracownicy BPRO wykonali następujące czynności:

- przeprowadzili rozmowę z Krzysztofem Zielke, ordynatorem Oddziału;

- dokonali oglądu pomieszczeń, w tym: sal pacjentów, gabinetów lekarskich, sali terapii zajęciowej, sali izolacyjnej, sanitariatów i świetlicy;
- przeprowadzili rozmowy indywidualne ze wszystkimi pacjentami umieszczonymi w Oddziale bez ich zgody, którzy przebywali tam w czasie w wizytacji;
- poddali analizie wybraną dokumentację dostępną na miejscu, m.in. książki raportów lekarskich i dokumentację medyczną ww. pacjentów, w tym dokumentację stosowania wobec nich środków przymusu bezpośredniego.

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną.

Pracownicy BRPO poinformowali ordynatora Oddziału o ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności, a także wysłuchali jego uwag i wyjaśnień.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano wybraną dokumentację związaną z funkcjonowaniem Oddziału.

W przedmiocie zainteresowania przedstawicieli KMP podczas przeprowadzanych przez nich wizytacji każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: traktowanie, dyscyplinowanie, personel, prawo do informacji, prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym, prawo do ochrony zdrowia, prawo do praktyk religijnych, warunki bytowe. W niniejszym Raporcie uwzględniono jedynie te kwestie, w których pracownicy BRPO stwierdzili nieprawidłowości.

2. Charakterystyka placówki

Oddział funkcjonuje w strukturze 105. Kresowego Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Żarach. Zajmuje dwie kondygnacje w jednym z budynków wchodzących w skład Szpitala, które w 2014 r. zostały poddane kompleksowej modernizacji. Ma charakter oddziału psychiatrycznego ogólnego z pododdziałem leczenia nerwic i stresu bojowego. Przeznaczony jest dla dorosłych kobiet i mężczyzn. Dysponuje 46 miejscami.

3. Problemy systemowe

Monitoring wizyjny zainstalowano w Oddziale w następujących miejscach: sala izolacyjna, wybrane sale chorych, świetlica, korytarz. 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 dnia 4 listopada 1950 r.

(Dz. U. z 1993 Nr 61, poz. 284). Monitorowanie pacjentów szpitali, jako materia wkraczająca w podstawowe wolności i prawa obywatelskie, powinna zostać uregulowana w akcie prawnym rangi ustawy.

W szczególności wskazuje na to treść art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, który stanowi, że ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw. W dniu 5 stycznia 2016 r. Rzecznik Praw Obywatelskich skierował wystąpienie generalne do Ministra Zdrowia¹, 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. Nieprawidłowości stwierdzone podczas wizytacji

a) Legalność pobytu

Ordynator Oddziału poinformował wizytujących, że pacjenci nie są dowożeni na rozprawy sądu opiekuńczego dotyczące przyjęcia ich bez zgody do szpitala psychiatrycznego, nawet jeśli zezwalałby na to ich stan zdrowia. Przeszkodą są bowiem problemy logistyczne związane ze zorganizowaniem wyjazdu do sądu. W rozmowach z wizytującymi niektórzy pacjenci potwierdzali, że wyrażali wolę uczestnictwa w rozprawie, lecz nie zostali na nią dowiezieni. W ocenie przedstawicieli KMP pozbawienie pacjenta możliwości uczestnictwa w rozprawie w sytuacji, gdy brak jest ku temu przeciwwskazań medycznych, rozpatrywane może być w kategoriach pozbawienia go prawa do sądu, o którym mowa w art. 45 Konstytucji RP i art. 6 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Dodatkowo należy podkreślić, że chodzi o rozprawy, których przedmiotem jest ingerencja w wolność osobistą. Dlatego też przedstawiciele KMP zalecają zapewnienie uczestnictwa w rozprawach sądu opiekuńczego pacjentom, którzy

¹ Sprawa KMP.574.8.2015; <http://www.sprawy-generalne.brpo.gov.pl/pdf/2016/1/KMP.574.8.2015/619497.pdf>

wyrażą taką wolę. Wskazują przy tym, że rozprawy takie mogą, zgodnie z art. 45 ust. 1a ustawy o.z.p., odbywać się w szpitalu, jeśli sąd tak zarządzi.

Analiza dokumentacji pacjentów przyjętych bez zgody wykazała, że decyzję o przyjęciu pacjenta na Oddział wydawał zawsze jeden lekarz psychiatra, bez zasięgnięcia opinii drugiego specjalisty w tej dziedzinie lub psychologa. Przedstawiciele KMP podkreślają, że stosownie do dyspozycji art. 23 ust. 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn. Dz. U. z 2016, poz. 546), zwanej dalej ustawą o 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 cytowany wyżej przepis ustawy nie nakłada bezwzględnego obowiązku zasięgnięcia opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa, a jedynie zalecenie zasięgnięcia ich opinii, w ocenie przedstawicieli KMP opinia taka stanowi dodatkowe zabezpieczenie pacjenta przed ewentualną pomyłką lekarską i jej wydanie powinno być powszechnym standardem. Niepokojąca jest bowiem praktyka, która co do zasady wyklucza zasięgnięcie opinii drugiego psychiatry lub psychologa. 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 lekarskie (§ 51 i 52 Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98) 12])².*

Przedstawiciele KMP rekomendują więc, aby przy wydawaniu decyzji o przyjęciu pacjenta na Oddział, obligatoryjnie zasięgać opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa, chyba że nie będzie to możliwe ze względu na ich nieobecność na Oddziale.

² Sprawozdania CPT dostępne na stronie <http://www.cpt.coe.int/lang/pol/pol-standards.pdf>.

b) Personel

W czasie wizytacji w Oddziale zatrudnionych było tylko 3 lekarzy psychiatrów (łącznie z ordynatorem). W ostatnim czasie z pracy zrezygnowało 2 lekarzy. W ocenie wizytujących konieczne jest szybko uzupełnienie powstałego niedoboru kadrowego. W obecnej sytuacji powstaje bowiem poważna wątpliwość, czy opiekę medyczną ofertowaną pacjentom można uznać za odpowiednią. Spośród zaledwie 3 lekarzy dokonuje się bowiem obsady dyżurów nocnych, co implikuje często powtarzającą się konieczność ich pracy ciągłej w wymiarze przekraczającym dobę. Wykonywanie przez nich obowiązków po tak długim okresie pracy rodzi zagrożenie dla zdrowia pacjentów. Dlatego też przedstawiciele KMP zalecają niezwłoczne zwiększenie zatrudnienia na Oddziale lekarzy psychiatrów.

W Oddziale zatrudniona jest 1 terapeutka zajęciowa. Do jej zadań, oprócz prowadzenia terapii i obsługi księgozbioru, należy towarzyszenie podczas spacerów po zielonych terenach przyszpitalnych pacjentom, którym nie zezwala się na samodzielne opuszczenie Oddziału. Jest nieobecna popołudniami i w dni wolne od pracy, co prowadzi do pozbawienia pacjentów ich uprawnienia do korzystania z zajęć rehabilitacyjnych oraz spacerów - omówiono to w pkt 4d i 4f Raportu.

Opiekę psychologiczną nad pacjentami sprawuje 2 psychologów, zatrudnionych łącznie na 1 ½ etatu. Zważywszy na zakres ich obowiązków, do których należy m. in. prowadzenie psychoterapii indywidualnej, przeprowadzanie testów oraz dyżury w poradni przyszpitalnej, obsadę tę należy uznać za niewystarczającą. W rozmowach z wizytującymi pacjenci sygnalizowali, doceniając zaangażowanie psychologów, iż ci często nie mają dla nich czasu na indywidualne spotkania. Przedstawiciele KMP zalecają więc rozważenie zwiększenia zatrudnienia na etatach psychologów.

Szpital oferuje personelowi bogatą ofertę szkoleń. Wizytujący doceniając dostrzeżone zaangażowanie personelu w wykonywanie swych obowiązków zalecają organizowanie stałych, regularnych szkoleń, warsztatów lub innych form spotkań, mających na celu przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu i rozładowanie stresu związanego z pracą z trudnymi pacjentami. Jak podkreśla CPT *biorąc pod uwagę bardzo trudny charakter pracy w ośrodku psychiatrycznym, niezwykle istotne jest, aby personel pomocniczy był starannie dobierany, a także odpowiednio przeszkolony przed podjęciem obowiązków i przechodził szkolenia w trakcie pracy* (§ 28 Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98)]). W tym samym Sprawozdaniu wskazano również, że *aktywizacja i wsparcie z zewnątrz są także*

konieczne w celu zapewnienia, aby personel ośrodka psychiatrycznego nie stał się zbyt wyizolowany. W związku z tym jest wysoce pożądane zapewnienie takiemu personelowi możliwości szkoleniowych poza miejscem pracy, jak również innych form aktywności. Powinno się także wspierać obecność na terenie ośrodka osób niezależnych (np. studentów, badaczy) oraz organów zewnętrznych (§ 46).

c) Traktowanie przez personel wizytowanych oddziałów

Zastrzeżenia wizytujących wzbudziło stosowanie przymusu bezpośredniego na życzenie pacjenta. Personel Oddziału poinformował, że sporadycznie pacjenci proszą o zapięcie w pasy odczuwając zbliżające się pobudzenie. Przesłanki zastosowania przymusu bezpośredniego określone są w art. 18 i art. 34 ustawy o o.z.p. Są nimi: dopuszczanie się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby albo bezpieczeństwu powszechnemu, gwałtowne niszczenie lub uszkodzenie przedmiotów znajdujących się w otoczeniu, poważne zakłócanie lub uniemożliwianie funkcjonowania podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej, konieczność dokonania niezbędnych czynności leczniczych, o których mowa w art. 33 ustawy oraz prawdopodobieństwo samowolnego opuszczenia przez pacjenta szpitala psychiatrycznego. Zatem samo tylko przewidywanie powstania (choćby rychłego) niebezpiecznych sytuacji nie upoważnia do stosowania przymusu bezpośredniego i w ocenie wizytujących należy zaprzestać tej praktyki. 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, Jeśli pacjent prosi o prewencyjne zastosowanie wobec niego unieruchomienia, należy zapewnić mu odpowiednią opiekę terapeutyczną, która zneutralizuje zbliżający się atak. Proste spełnianie prośb pacjentów niesie za sobą ryzyko utrwalenia w ich postawie pewnych nawyków, przyzwyczajzeń, które pozbawione jest zupełnie charakteru leczniczego. Dlatego też przedstawiciele KMP zalecają odstąpienie od stosowania unieruchomienia wyłącznie na prośbę pacjenta.

Analiza dokumentacji stosowania przymusu bezpośredniego wykazała, że nie zawsze do decyzji o przedłużeniu stosowania tych środków powyżej 16 godzin dołączona jest opinia drugiego lekarza psychiatrii (przykład: unieruchomienie [*dane osobowe usunięto*] w dniach 8 i 9 września 2016 r.). Tymczasem zgodnie z § 4 ust. 5 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), *po dwukrotnym przedłużeniu przez lekarza stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji dalsze przedłużenie stosowania tych środków przymusu bezpośredniego na kolejne 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*. Przedstawiciele KMP zalecają więc, by do przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia lub izolacji na łączny okres powyżej 16 godzin uzyskiwać opinię drugiego lekarza psychiatry.

Dokumenty stosowania przymusu bezpośredniego przez personel Oddziału wypełniane są na ogół z dużą starannością. Tylko w jednym przypadku stwierdzono brak nazwisk osób stosujących unieruchomienie (druk zawiadomienia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wobec *[dane osobowe usunięto]* w dniu 6 września 2016 r.). W razie zaistnienia nieprawidłowości w stosowaniu przymusu może w takiej sytuacji wystąpić trudność w ustaleniu kręgu osób, które go stosowały. Zgodnie z § 13 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia, informacja o osobach wykonujących przymus bezpośredni powinna zostać odnotowana w książce raportów pielęgniarskich. Wymienienie tych osób przewidziane jest również we wzorze zawiadomienia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego, o którym mowa w § 16 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia. Przedstawiciele KMP zalecają więc odnotowywanie w dokumentacji wszystkich osób biorących udział w unieruchomieniu pacjenta.

Wątpliwości przedstawiciele KMP wzbudza wyrażone w pkt 13 Regulaminu Oddziału prawo personelu do skontrolowania szafek, toreb i rzeczy osobistych pacjentów bez wcześniejszego uprzedzenia, w celu sprawdzenia czy pacjent nie posiada rzeczy niebezpiecznych. Obowiązujące przepisy prawa nie dają personelowi Oddziału uprawnień do dokonywania takich kontroli. Kontrole takie, zwłaszcza przeprowadzane bez uprzedzenia, stanowią bowiem ingerencję w prawo do prywatności, o którym mowa w art. 47 Konstytucji RP. Zgodnie zaś z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, *ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie (...)*. Przeprowadzanie zatem kontroli wszelkich rzeczy prywatnych możliwe jest tylko w przypadku istnienia wyraźnego upoważnienia ustawowego. Upoważnienie takie np. wobec funkcjonariuszy Policji wyraża art. 15 ust. 1 pkt 4 ustawy o Policji, zgodnie z którym *policjanci wykonując czynności, o których mowa w art. 14, mają prawo: (...) przeszukiwania*

osób i pomieszczeń w trybie i przypadkach określonych w przepisach Kodeksu postępowania karnego i innych ustaw. Żaden z obowiązujących przepisów ustawowych nie kreuje takiego upoważnienia wobec personelu szpitali psychiatrycznych.

Podobnie wygląda kwestia kontroli osobistych. Pkt 12 Regulaminu Oddziału przewiduje możliwość skontrolowania pacjentów nowoprzyjętych, powracających z przepustki lub spaceru przez personel Oddziału w celu zapobiegnięcia wniesienia na Oddział niebezpiecznych przedmiotów, leków, narkotyków czy alkoholu. Kontrola taka stanowi ingerencję w wolność osobistą jednostki, która zgodnie z art. 41 ust. 1 Konstytucji RP może zostać ograniczona tylko na zasadach i w trybie określonych w ustawie. Żaden z obowiązujących przepisów ustawowych nie upoważnia personelu szpitali psychiatrycznych do przeprowadzania kontroli osobistej pacjentów.

Przedstawiciele KMP nie mają wątpliwości, że dokonywanie sprawdzenia szafek, toreb i rzeczy osobistych pacjentów, jak również ich kontrole osobiste służą zapewnieniu bezpieczeństwa ich samych oraz innych osób przebywających na Oddziale. Działania takie nie mogą się jednak odbywać bez właściwej podstawy prawnej, pod przymusem. Przedstawiciele KMP zalecają odstąpienie od przeprowadzania ww. kontroli. Zachęcają personel Oddziału, aby kształtować w relacjach pacjent-personel postawę wzajemnej życzliwości, zaufania i współpracy oraz zachęcać pacjentów i ich bliskich do okazywania rzeczy na zasadzie dobrowolności. Jeśli zaś istnieje realne niebezpieczeństwo znajdowania się na terenie Oddziału niedozwolonych substancji, personel ma prawo wezwać Policję.

d) Warunki bytowe

Pacjenci, których stan zdrowia nie pozwala na samodzielne opuszczanie Oddziału, odbywają spacer po zewnętrznym terenie szpitalnym pod nadzorem terapeutki. W dni jej nieobecności, tj. w weekendy, dni świąteczne oraz w czasie jej urlopów i zwolnień lekarskich, spacer te nie odbywają się. Jeżeli pacjenta nie odwiedzi w tym czasie osoba, która mogłaby mu towarzyszyć w spacerze, jest on pozbawiony możliwości przebywania na świeżym powietrzu. Jest to szczególnie dotkliwie w okresach dłuższej nieobecności terapeutki. Wizytujący zwracają uwagę na konieczność zapewnienia pacjentom codziennej możliwości wyjścia na świeże powietrze. Zgodnie z zaleceniami CPT, *pacjenci powinni mieć regularny dostęp do właściwie wyposażonych pokoi rekreacyjnych oraz mieć możliwość codziennych ćwiczeń na świeżym powietrzu* (§ 37 Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98) 12]).

e) Sytuacja osób z niepełnosprawnościami

Wizytowana placówka zasadniczo jest dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Wizytujący zwracają uwagę jedynie na wysokość lustra zamontowanego w łazience przeznaczony dla tych osób – jego dolna krawędź znajduje się na wysokości 130 cm, a górna 180 cm. Taka wysokość uniemożliwia skorzystanie z niego przez osoby poruszające się na wózku. Pożądane jest umieszczenie lustra na wysokości maksymalnie 100 cm od posadzki (dolna krawędź). Wizytujący zalecają więc dokonanie stosownej zmiany.

f) Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne

W Oddziale zatrudniona jest tylko jedna terapeutka zajęciowa. W czasie jej nieobecności – tj. popołudniami, w weekendy, w dni świąteczne oraz w czasie jej urlopów i zwolnień lekarskich, zajęcia terapeutyczne nie odbywają się. Jest to niezgodne ze standardami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych (Dz. U. z 2014 r., poz. 522). Zgodnie z § 6 ust. 2 rozporządzenia *w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy pacjentom zapewnia się również dostęp do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną*. Przedstawiciele KMP zalecają respektowanie cytowanego wyżej przepisu.

6. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT, przedstawiciele KMP zalecają

I. Dyrektorowi Szpitala:

1. zapewnienie uczestnictwa w rozprawach sądu opiekuńczego pacjentom, którzy wyrażą taką wolę;
2. zasięgnięcie opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa przy wydawaniu decyzji o przyjęciu pacjenta bez jego zgody, chyba że nie będzie to możliwe ze względu na ich nieobecność na Oddziale;
3. niezwłoczne zwiększenie zatrudnienia na Oddziale lekarzy psychiatrów;
4. zwiększenie zatrudnienia na etacie psychologa;
5. organizowanie systematycznych szkoleń dla personelu z zakresu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu i rozładowania stresu związanego z pracą z trudnymi pacjentami;
6. odstąpienie od stosowania unieruchomienia na prośbę pacjenta;

7. zasięgnięcie opinii drugiego lekarza psychiatry przy przedłużaniu stosowania środka przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia lub izolacji na łączny okres powyżej 16 godzin;
8. odnotowywanie w dokumentacji wszystkich osób biorących udział w unieruchomieniu pacjenta;
9. odstąpienie od przeprowadzania przez personel Oddziału kontroli osobistych pacjentów, jak również sprawdzenia ich szafek, toreb i rzeczy osobistych;
10. zapewnienie pacjentom codziennej, całorocznej możliwości korzystania ze spacerów na zewnętrznym terenie przyszpitalnym;
11. zmianę wysokości zawieszenia lustra w łazience przeznaczony dla osób z niepełnosprawnościami;
12. zapewnienie pacjentom zajęć terapeutycznych w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy.

II. Dyrektorowi Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia MON:

Zapewnienie środków finansowych na realizację zaleceń, które tego wymagają.