

**Raport**  
**przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji**  
**z wizytacji Oddziału Psychiatrii Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego**  
**im. Jana Pawła II w Nowym Targu**

**1. Wstęp**

Na podstawie artykułu 19 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192), dalej OPCAT, oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 15-16 czerwca 2016 r. do Oddziału Psychiatrii Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II w Nowym Targu przy ul. Szpitalnej 14 (zwanego dalej Szpitalem, placówką lub Oddziałem) udali się przedstawiciele Zespołu *Krajowy Mechanizm Prewencji* (zwanego dalej KMP lub Mechanizmem): Dorota Krzysztoń (kryminolog), dr Justyna Józwiak (socjolog, politolog w zakresie resocjalizacji), Rafał Kulas (prawnik). W wizytacji brał również udział przedstawiciel Biura Pełnomocnika Terenowego RPO w Katowicach - Michał Kleszcz (prawnik).

Celem wizytacji zapobiegawczej przedstawicieli KMP było sprawdzenie sposobu przestrzegania praw osób umieszczonych w Oddziale Psychiatrii szpitala bez ich zgody, zwanych dalej pacjentami, a także dokonanie oceny pod względem ich ochrony przed torturami oraz innym niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem.

W czasie wizytacji przedstawiciele KMP wykonali następujące czynności:

- przeprowadzili rozmowę wstępną z lek. med. Ewą Makiełą – kierownikiem Oddziału Psychiatrii,
- dokonali oglądu pomieszczeń, z których mogą korzystać pacjenci Oddziału, w tym: sal pacjentów, sanitariatów, izolatki, gabinetów lekarskich, jadalni i pokoju odwiedzin,

- przeprowadzili rozmowy indywidualne ze wszystkimi pacjentami przyjętymi bez zgody, przebywającymi w czasie wizytacji na Oddziale,
- dokonali pomiarów powierzchni wybranych pomieszczeń,
- poddali analizie wybraną dokumentację dostępną na miejscu, w tym m.in. rejestr osób przyjętych bez zgody, książkę raportów pielęgniarских, historie chorób, dokumentację skargową oraz dotyczącą stosowania środków przymusu bezpośredniego i elektrowstrząsów,
- wykonali dokumentację fotograficzną.

Pracownicy BRPO poinformowali lek. med. Edytę Pawelec oraz lek. med. Małgorzatę Warmińską-Smyk 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, traktowanie, dyscyplinowanie, warunki bytowe, prawo do informacji, prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym, prawo do ochrony zdrowia, oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne, prawo do praktyk religijnych, personel. W niniejszym Raporcie uwzględniono jedynie te kwestie, w których pracownicy BRPO stwierdzili nieprawidłowości i w ocenie wizytujących wymagają poprawy.

## **2. Charakterystyka placówki**

Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu jest podmiotem leczniczym – samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Organem założycielskim placówki jest Rada Powiatu Nowatorskiego.

W ramach Szpitala funkcjonuje Oddział Psychiatrii, stanowiący podstawową komórkę organizacyjną diagnostycznej, leczniczej i profilaktycznej działalności Szpitala. Dysponuje on łącznie 60 łózkami, rozmieszczonymi w 10 salach. W czasie wizytacji na Oddziale przebywało ogółem 54 pacjentów, w tym 6 bez zgody.

### 3. Obszary wymagające poprawy

#### a) Legalność pobytu

Analiza dokumentacji pacjentów przyjętych bez zgody wykazała, że w latach 2015-2016 decyzje o przyjęciu pacjenta na Oddział wydawał zawsze jeden lekarz psychiatra, bez zasięgnięcia opinii drugiego specjalisty w tej dziedzinie lub psychologa. Następnie w ustawowych terminach decyzję zatwierdzał lekarz kierujący oddziałem oraz zawiadamiany był sąd opiekuńczy.

Przedstawiciele KMP podkreślają, że stosownie do dyspozycji art. 23 ust. 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 1994 Nr 111 poz. 535 ze zm.), dalej ustawa 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 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. 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<sup>1</sup>.*

---

<sup>1</sup> 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>.

Przedstawiciele KMP rekomendują, aby przy wydawaniu decyzji o przyjęciu pacjenta na Oddział Psychiatrii, obligatoryjnie zasięgać opinii drugiego lekarza psychiatrii lub psychologa, chyba że nie będzie to możliwe ze względu na jego nieobecność na dyżurze.

Wizytujący zwracają też uwagę na konieczność zachowania staranności przy sporządzaniu dokumentacji dotyczącej pacjentów przyjętych bez zgody. Analiza zawiadomień kierowanych do sądu opiekuńczego przez kierownika podmiotu leczniczego wykazała, że w niektórych przypadkach nie wskazano przesłanek, na podstawie których nastąpiło przyjęcie. Powyższy stan faktyczny dotyczył pacjentów: (*dane usunięto*) – przyjętej 20 listopada 2015 r., (*dane usunięto*) – przyjętego 25 listopada 2015 r., (*dane usunięto*) – przyjętego 24 listopada 2015 r., (*dane usunięto*) – przyjętej 24 listopada 2015 r., (*dane usunięto*) – przyjętego 25 listopada 2015 r. i (*dane usunięto*) – przyjętego 26 listopada 2015 r. Zgodnie z § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2012 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego (Dz. U. z 2012 r. poz. 854) *Kierownik podmiotu leczniczego zawiadamia sąd opiekuńczy właściwy ze względu na siedzibę szpitala psychiatrycznego o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie lub z zaburzeniami psychicznymi – bez jej zgody – wskazując, że zachowanie tej osoby zagraża bezpośrednio jej życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób lub że zachodzą okoliczności, o których mowa w art. 22 ust. 2a lub ust. 5 ustawy.*

Wartym podkreślenia jest, że zawiadomienie sądu przez kierownika podmiotu leczniczego rozpoczyna sądową kontrolę nad legalnością i prawidłowością umieszczenia pacjenta w szpitalu psychiatrycznym. Jest więc pierwszym momentem, gdy sąd uzyskuje wiedzę o zaistniałym zdarzeniu i z mocy prawa ma możliwość zbadania zasadności takiej decyzji. Niezwykle istotne jest zatem, aby już od pierwszych chwil pobytu pacjenta w warunkach oddziału psychiatrycznego, sąd miał pełną wiedzę na temat stanu faktycznego sprawy. Z uwagi na powyższe przedstawiciele KMP zalecają wypełnianie zawiadomień do sądu opiekuńczego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Wątpliwości wizytujących budzi brak zagwarantowania pacjentom możliwości udziału w posiedzeniach sądu opiekuńczego dotyczących przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez ich zgody. W czasie rozmowy indywidualnej (*dane usunięto*) zgłosił, że pomimo otrzymania zawiadomienia o terminie posiedzenia sądu i zgłoszenia

kierownikowi Oddziału i pozostałym lekarzom chęci uczestnictwa w nim, prośba nie została zrealizowana. Pacjent nie otrzymał też żadnej odpowiedzi na swoje zapytanie w tym przedmiocie. Z kolei (*dane usunięto*) zgłosiła, że mimo otrzymania zawiadomienia o terminie rozprawy, nie uczestniczyła w niej. Była bowiem przekonana, że jej stawiennictwo jest obowiązkowe i zostanie na nią doprowadzona przez personel. Nie sygnalizowała więc chęci uczestnictwa w posiedzeniu.

Pacjenci wskazywali również, że sędzia pojawiał się u nich w celu wcześniejszego wysłuchania.

Z uwagi na pojawiające się wątpliwości w zakresie informowania i uczestnictwa pacjentów w posiedzeniach sądu, przedstawiciele KMP proszą dyrektora Szpitala o wyjaśnienie ww. przypadków.

#### b) Traktowanie

Zastrzeżenia wizytujących wzbudził sposób realizacji wobec pacjentów przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia pasami. Z rozmów indywidualnych z pacjentami przyjętymi bez zgody oraz analizy kart zastosowania unieruchomienia lub izolacji wynikało, że zdarzają się przypadki długotrwałych unieruchomień, bez zapewnienia krótkotrwałego częściowego albo całkowitego uwolnienia pacjenta, w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych w toalecie. Wobec pacjentów stosowano pampersowanie lub używano kaczki. Powyższy stan faktyczny dotyczył:

- (*dane usunięto*) – unieruchomienie stosowano od 25 listopada 2015 r. godz. 15:15 do 26 listopada 2015 r. godz. 13:00,
- (*dane usunięto*) – unieruchomienie stosowano od 25 listopada 2015 r. godz. 20:30 do 26 listopada 2015 r. godz. 17:00, a także od 30 listopada 2015 r. godz. 11:00 do 01 grudnia 2015 r. godz. 01:30,
- (*dane usunięto*) – unieruchomienie stosowano od 29 października 2015 r. godz. 7:00 do 29 października 2015 r. godz. 22:00,
- (*dane usunięto*) – unieruchomienie stosowano od 24 listopada 2015 r. godz. 19:00 do 25 listopada 2015 r. godz. 6:30, a także od 26 listopada 2015 r. godz. 11:00 do 27 listopada 2015 r. godz. 01:15,
- (*dane usunięto*) – unieruchomienie stosowano od 30 listopada 2015 r. godz. 10:00 do 01 grudnia 2015 r. godz. 01:00,

- *(dane usunięto)* – unieruchomienie stosowano od 20 grudnia 2015 r. godz. 4:00 do 20 grudnia 2015 r. godz. 20:15, od 20 grudnia 2015 r. godz. 22:00 do 21 grudnia 2015 r. godz. 13:40, a także od 21 grudnia 2015 r. godz. 14:00 do 22 grudnia 2015 r. godz. 06:00.

Tymczasem zgodnie z § 11 ust. 1 pkt 2 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 w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego, w czasie kontroli stanu fizycznego unieruchomionego pacjenta, pielęgniarka zapewnia *krótkotrwałe częściowe albo całkowite uwolnienie osoby z zaburzeniami psychicznymi od unieruchomienia w celu zmiany jej pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej niż co 4 godziny*. Jak wynika z brzmienia przepisu, chwilowe uwolnienie pacjenta w ww. terminie jest obligatoryjne. Przedstawiciele Mechanizmu stoją również na stanowisku, że wykorzystywanie kaczki lub pampersa powinno być ostatecznością i mieć charakter wyłącznie pomocniczy. Należy mieć też na względzie, że stosowanie długotrwałego unieruchomienia, jest czynnością ingerująca bezpośrednio w wolność człowieka oraz jego poczucie godności. Powinno się podjąć wszystkie rozsądne wysiłki w celu ewentualnego zminimalizowania poczucia upokorzenia, czy zażenowania osoby, wobec której są stosowane.

Przedstawiciele KMP zalecają stosowanie w stosunku do pacjentów, wobec których zastosowano unieruchomienie, krótkotrwałego częściowego albo całkowitego uwolnienia pacjenta, stosownie do przepisów obowiązującego prawa. Rekomenduje się również stosowanie kaczki/basenu oraz pampersów podczas unieruchomienia jako środków subsydiarnych.

Z informacji pacjentów wynikało, że podczas unieruchomienia nie zawsze stosowany jest parawan, w celu osłonięcia osoby, wobec której stosuje się przymus bezpośredni. Podczas oglądu sal obserwacyjnych, gdzie stosuje się unieruchomienie, przedstawiciele Mechanizmu zauważyli, że pomieszczenia te wyposażone są w parawan, przymocowany do ściany i rozkładany w razie potrzeby. W momencie użytkowania, nie obejmuje on jednak wszystkich łóżek znajdujących się w sali. Warto przypomnieć, że stosownie do treści § 7 ust. 2 rozporządzenia w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego *W przypadku braku możliwości umieszczenia osoby z zaburzeniami psychicznymi*

w pomieszczeniu jednoosobowym przymus bezpośredni w formie unieruchomienia jest stosowany w sposób umożliwiający oddzielenie tej osoby od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu oraz zapewniający poszanowanie jej godności i intymności, w szczególności przez wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych bez obecności innych osób.

Przedstawiciele KMP zalecają stosowanie unieruchomienia zgodnie z § 7 ust. 2 ww. rozporządzenia.

Wizytujący mieli też wątpliwości w zakresie prawidłowości wypełnienia kart unieruchomienia pacjentów. W przypadku (*dane usunięto*) – unieruchomionego pasami od 23 marca 2016 r. godz. 16:40 do 24 marca 2016 r. godz. 06:40 nie wpisano oznaczenia podawania posiłków lub płynów, oddania moczu lub stolca, ani chwilowego zwolnienia. Z kolei w karcie (*dane usunięto*) – unieruchomionego 26 kwietnia 2016 r. godz. do 27 kwietnia 2016 r. godz. 02:00, nie odnotowano: oddania moczu (stolca). Ponadto w zawiadomieniu o zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego nie odnotowano podpalenia materaca, dokonanego przez pacjenta w dniu 26 kwietnia 2016 r., podczas przebywania w unieruchomieniu.

Wizytujący zwracają też uwagę na precyzję dokonanych zapisów w przypadku przyczyn zastosowania środka przymusu bezpośredniego, np.

- (*dane usunięto*) – unieruchomienie w dniu 23 marca 2016 r. godz. 16:40, wskazana w dokumentacji przyczyna – *pobudzony, agresywny, wulgarny*,
- (*dane usunięto*) – unieruchomienie w dniu 30 listopada 2015 r. godz. 20:00, wskazana przyczyna – *pobudzony, agresywny*.

Warto podkreślić, że nie każda agresja stanowi podstawę do zastosowania środka przymusu bezpośredniego. Zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy o 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 niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, albo poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej. Sama agresja słowna lub inne zachowania niespełniające ww. przesłanek, nie uzasadniają stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjenta. Dla oceny zasadności i legalności stosowania takich środków, konieczne jest więc precyzyjne odnotowywanie przyczyn dla jakich zostały

zastosowane. Przedstawiciele KMP zalecają, aby w dokumentacji dotyczącej stosowania środków przymusu bezpośredniego opisywać w sposób precyzyjny przyczynę ich użycia.

Pracownicy BRPO mieli również zastrzeżenia w zakresie liczby osób biorących udział w unieruchomieniu. Z zapisów kart zastosowania unieruchomienia lub izolacji wynikało, że bierze w nich udział 1-2 osoby. W przypadku (*dane usunięto*) – przymus z dnia 26 kwietnia 2016 r., jako osoby wykonujące przymus wskazano wyłącznie dwóch funkcjonariuszy Policji, bez udziału personelu medycznego. Podczas rozmowy podsumowującej wizytację personel Oddziału wskazał, że w unieruchomieniu bierze udział zazwyczaj więcej osób (zazwyczaj 3-4 osoby). Najczęściej są to sanitariusze, niekiedy wspomagani dodatkowo przez funkcjonariuszy Policji. Tymczasem do sprawnego i bezpiecznego przeprowadzenia zastosowania przymusu bezpośredniego w tej formie potrzebne jest 5 osób (po jednej osobie dla zabezpieczenia kończyn, jedna osoba zabezpiecza głowę). Warto wspomnieć, że jest to też zgodnie z uzasadnieniem 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) cyt. *Efektywne i bezpieczne zastosowanie przymusu bezpośredniego, tj. samo jego wykonanie, wobec silnej i sprawnej fizycznie osoby wymaga udziału 5 osób.*

Przedstawiciele KMP zalecają stosowanie przymusu bezpośredniego przez 5 osób oraz odnotowywanie w dokumentacji wszystkich osób biorących udział w ww. czynności.

Wizytujący mają też wątpliwości w zakresie stosowania unieruchomienia pasami w sposób prewencyjny, w celu zapobieżenia targnięcia się na własne życie lub samouszkodzenia. W karcie zastosowania unieruchomienia lub izolacji (*dane usunięto*) – unieruchomionego pasami od 18 lutego 2016 r. godz. 15:30 do 19 lutego 2016 r. godz. 07:30, czytamy *pacjent zdenerwowany, wulgarny, ryzyko samouszkodzenia*. Z kolei w karcie ze stosowania w okresie 07 lutego 2015 r. godz. 09:20 do 08 lutego 2015 r. godz. 15:00, jako powód unieruchomienia wskazano *Pacjent zdezorganizowany w zachowaniu, ryzyko samouszkodzenia*.

Wizytujący zwracają też uwagę na wpis dokonany w księdze raportów pielęgniarskich z okresu 22/23 maja 2016 r. (*dane usunięto*) – *jeżeli pacjentka będzie zgłaszać MS! można zabezpieczyć pasami na jej życzenie (polecenie p. ordynator)*. Przedstawiciele KMP przypominają, że 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. Z uwagi na powyższe przedstawiciele KMP zalecają odstąpienie od prewencyjnego stosowania unieruchomienia.

Pacjenci w czasie rozmów indywidualnych wskazywali, że personel Oddziału dokonuje sprawdzania toreb wybranych pacjentów wracających z przepustek i osób odwiedzających pacjentów. Przedstawiciele KMP podkreślają, że obowiązujące przepisy prawa nie dają personelowi Oddziału uprawnień do dokonywania sprawdzenia rzeczy pacjentów, pod kątem wykrycia ewentualnych przedmiotów zabronionych przez prawo czy niebezpiecznych. W przypadku organów stosujących prawo, jak np. Policja, uprawnienie do takiej czynności wynika wprost z ustawy. Powyższe działanie narusza więc zasadę legalizmu wyrażoną w art. 7 Konstytucji RP i jest działaniem bezprawnym. Zgodnie bowiem z Konstytucją *Organy władzy publicznej działają na podstawie i w granicach prawa. Nie mogą więc domniemywać swojej kompetencji, a wszelkie ich działania muszą mieć podstawę prawną.*

Warto w tym miejscu odwołać się do orzeczenia Sądu Najwyższego, który w postanowieniu 7 sędziów SN z 18 stycznia 2005 r. (sygn. WK 22/04) wskazał, że *Art. 7 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej 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.*

Należy też zauważyć, że sprawdzenie czy przeszukanie są czynnościami ingerującymi w wolność jednostki, jej poczucie godności i samostanowienia, zaś realizowane w sposób nieodpowiedni, noszą w sobie ryzyko poniżenia. W związku z powyższym mogą być realizowane w sytuacjach, gdy takie uprawnienie wynika wprost z ustawy, przez odpowiednio przeszkolony w tej materii personel i podlegać kontroli w zakresie legalności i prawidłowości wykonania.

Przedstawiciele KMP nie mają wątpliwości, że dokonywanie sprawdzenia toreb pacjentów, czy ich bliskich służy zapewnieniu bezpieczeństwa ich samych. Działania takie nie mogą się jednak odbywać bez właściwej podstawy prawnej, pod przymusem. Przedstawiciele KMP zalecają odstąpienie od sprawdzenia toreb pacjentów i osób odwiedzających. 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.

c) Warunki bytowe

W ocenie wizytujących warunki bytowe zapewnione pacjentom należy uznać za przeciętne. Pomieszczenia Oddziału wymagają remontu (dostrzeżono zabrudzone ściany w części pomieszczeń, popękaną podłogę, stare meble). Warto jednak podkreślić, że Szpital podejmuje działania w celu poprawy warunków bytowych pacjentów i wymiany zużytego sprzętu. W jednej z sal chorych (sala chorych nr 7) wymieniono łóżka i szafki przyłóżkowe na nowe, dokonano remontu dachu nad Oddziałem. Planowana jest też wymiana części okien. Ponadto dyrektor placówki zwracał się do Zarządu Województwa Małopolskiego z wnioskiem o dofinansowanie modernizacji Oddziału w ramach naboru projektów subregionalnych. W karcie projektu *Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020*, wnioskodawca wskazuje: *W celu zapewnienia odpowiadającym standardom XXI w. leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi koniecznym jest gruntowana modernizacja oddziału wraz z reorganizacją pomieszczeń, ich wyposażeniem i zakupem niezbędnego sprzętu medycznego. Obecny budynek szpitala nowotarskiego był budowany od lat 70 ubiegłego wieku, a od czasu powstania Oddziału Psychiatrii w roku 1994 nie wykonano w jego pomieszczeniach żadnych prac remontowych. Koncepcja modernizacji oddziału wpisuje się w działania podejmowane na terenie subregionu ukierunkowane na realizację założeń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (str. 3 karty).*

W ww. wniosku wskazano potrzebę wykonania kompleksowego remontu Oddziału, w tym m.in. położenia nowej wykładziny podłogowej oraz płytek, wymiany stolarki drzwiowej wewnętrznej, wykonania wentylacji mechanicznej, wymiany sufitów podwieszanych, przebudowę węzłów sanitarnych, wymianę instalacji elektrycznej i wodno-kanalizacyjnej, wymianę kaloryferów i sprzętu kwaterunkowego (łóżek, szaf, szafek przyłóżkowych, kompletu mebli) oraz zainstalowanie monitoringu wizyjnego.

Wizytujący zostali poinformowani, że ww. projekt miał początkowo zostać zrealizowany w okresie od II kwartału 2015 r., a zakończyć się w III kwartale 2016 r., jednak został wstrzymany w związku ze zmianą terminu naboru wniosków. Rozpoczęcie naboru kart projektów subregionalnych planowane jest na IV kwartał 2016 r.

Przedstawiciele KMP podzielają stanowisko dyrektora Szpitala w zakresie potrzeby kompleksowej modernizacji Oddziału w celu zapewnienia właściwych standardów opieki i zalecają kontynuowanie działań remontowych Oddziału oraz wymiany łóżek i szafek przyłóżkowych.

W niektórych salach chorych ustawienie łóżek nie zapewniało dostępu do nich z 3 stron, co stanowi naruszenie § 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), dalej rozporządzenie w sprawie warunków. Przedstawiciele KMP zalecają respektowanie ww. przepisu.

Funkcjonująca na terenie Oddziału izolatka, nie jest wyposażona w monitoring wizyjny, co nie odpowiada wymogom określonym w § 8 ust. 2 rozporządzenia w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego. Zgodnie z przywołanym przepisem *pomieszczenie przeznaczone do izolacji wyposaża się w instalację monitoringu umożliwiającą stały nadzór nad osobą z zaburzeniami psychicznymi w nim przebywającą oraz kontrolę wykonania czynności, o których mowa w § 10 ust. 1*. Przedstawiciele KMP zalecają wyposażenie izolátky w monitoring wizyjny, stosownie do obowiązującego w tej materii prawa krajowego.

Warto podkreślić, że na gruncie obowiązującego prawa, monitoringiem wizyjnym może być objęta wyłącznie izolatka, co dyrekcja placówki powinna brać pod uwagę przy planowanych remontach i modernizacjach Oddziału.

Z ustaleń przedstawicieli KMP na podstawie rozmów z pacjentami i personelem wynika, że nie wszyscy pacjenci mają możliwość codziennego spędzenia czasu na świeżym powietrzu. Pacjenci, których stan zdrowia na to pozwala, mają tzw. wolne wyjścia (mogą samodzielnie wychodzić na spacer). Druga grupa opuszcza oddział pod opieką terapeuty, rodziny lub innego pacjenta. Jest też trzecia grupa pacjentów, którzy nie mają w ogóle możliwości opuszczenia oddziału ze względu na swój stan zdrowia. Szpital nie dysponuje bowiem placem spacerowym, który umożliwiłby spacer pod nadzorem personelu.

Przedstawiciele KMP wyrażają zaniepokojenie ww. sytuacją. Zgodnie z zaleceniami CPT *Leczenie psychiatryczne powinno opierać się na zindywidualizowanym podejściu, które implikuje sporządzenie planu leczenia dla każdego pacjenta. Plan taki powinien obejmować szeroki zakres czynności rehabilitacyjnych i terapeutycznych, kontakt*

ze sztuką, teatrem, muzyką i sportem. Pacjenci powinni mieć regularny dostęp do właściwie wyposażonych pokoi rekreacyjnych oraz mieć możliwość codziennych ćwiczeń na świeżym powietrzu; pożądane jest także stworzenie pacjentom możliwości nauki i odpowiedniej pracy<sup>2</sup>.

Warto też uwypuklić zalecenie skierowane przez przedstawicieli CPT, pod adresem polskiego rządu, w czasie wizyty okresowej w Polsce w dniach 26 listopada 2009 r. do 08 grudnia 2009 r., odnoszące się do oddziału psychiatrii Szpitala Więziennego w Poznaniu. Przedstawiciele CPT rekomendowali wówczas, aby wszystkim osobom zakwaterowanym na więziennym oddziale psychiatrycznym, zaoferować, jeśli ich zdrowie na to pozwala, co najmniej godzinę ćwiczeń fizycznych na dworze w ciągu dnia, w rozsądnie rozległym i bezpiecznym miejscu<sup>3</sup>.

Z uwagi na powyższe zachęca się władze placówki do poszukiwania rozwiązań w celu zapewnienia wszystkim pacjentom możliwie codziennego przebywania na świeżym powietrzu.

Przedstawiciele KMP zalecają zapewnienie wszystkim pacjentom możliwości spędzenia m.in. 1 godziny dziennie na świeżym powietrzu oraz rozważenie wyodrębnienia podczas najbliższego remontu Szpitala, odpowiednio zabezpieczonego terenu zielonego, na potrzeby osób, które nie mogą spacerować w ramach tzw. wolnych wyjść.

#### d) Sytuacja osób z niepełnosprawnościami

Wizytowany Oddział jest częściowo dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich. Zastrzeżenia wizytujących w tej materii dotyczyły głównie dostępności do większości pomieszczeń (drzwi były zbyt wąskie), zbyt wysokiego usytuowania włączników światła, klamek, luster, tablic informacyjnych oraz występujących brodzików w sanitariatach.

W celu lepszego dostosowania Oddziału do potrzeb pacjentów z niepełnosprawnościami pożądane byłoby dokonanie przeglądu pomieszczeń, z których mogłyby korzystać takie osoby oraz spełnienie następujących standardów:

- a) szerokość drzwi nie mniejsza niż 90 cm,
- b) progi do wysokości 2 cm (pożądany byłby brak progów),

---

<sup>2</sup> Zob. pkt 37 Fragment Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98) 12].

<sup>3</sup> Zob. paragraf 132 Raportu CPT/Inf (2011) 20, dostępnego wraz z odpowiedzią polskiego rządu pod adresem: <http://www.cpt.coe.int/en/states/pol.htm>.

- c) wysokość klamek, włączników świateł, przycisków itp.- 90-120 cm,
- d) przestrzeń manewrowa – 150 cm x 150 cm,
- e) w sanitariatach - brodzik nie posiadający progu lub do 2 cm wysokości,
- f) wysokość muszli ustępowej powinna oscylować między 45 a 55 cm,
- g) poręcz przy muszli ustępowej zainstalowana w odległości 40 cm od osi muszli do osi poręczy, na wysokości 70-85 cm (mierzone od wierzchu górnej poręczy),
- h) umywalka na wysokości 85 cm – górna krawędź i 70 cm – dolna krawędź z możliwością podjazdu wózkiem,
- i) lustra w łazienkach zawieszane na wysokości do 100 cm od posadzki (dolna krawędź; pożądanym byłyby lustra umożliwiające ich pochylenie),
- j) stosowanie baterii jednouchwytowych z wydłużoną rączką lub na fotokomórkę, ułatwiającą korzystanie z nich osobom z niedowładem kończyn górnych,
- k) uchwyt do papieru umieszczony na wysokości do 120 cm,
- l) w jadalni wysokość stołu powinna oscylować między 67-80 cm (miejsce na nogi osoby siedzącej na wózku powinno wynosić min. 30 cm),
- m) tablice informacyjne powinny znajdować się na wysokości od 80 cm (dolna krawędź) do 180 cm (górna krawędź).

Powyższe standardy zostały opracowane we współpracy z Fundacją *Polska Bez Barrier* i uznane za optymalne z punktu widzenia potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Przedstawiciele KMP podkreślają, że zgodnie z przyjętą w dniu 1 sierpnia 1997 roku przez Sejm RP Kartą Praw Osób Niepełnosprawnych (M. P. z 1997 r. Nr 50, poz. 475), osoby niepełnosprawne mają prawo życia w środowisku wolnym od barier funkcjonalnych. Nadto Polska w dniu 6 września 2012 roku ratyfikowała przyjętą w dniu 13 grudnia 2006 roku przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169). Zgodnie z jej treścią należy umożliwić osobom niepełnosprawnym niezależne życie i pełny udział we wszystkich jego sferach. Zarówno wymieniona Karta, jak i Konwencja dotyczą również osób pozbawionych wolności oraz środowiska stworzonego w miejscu ich osadzenia. W związku z powyższym przedstawiciele KMP rekomendują dokonanie przeglądu pomieszczeń, z których mogą korzystać osoby z niepełnosprawnościami i dostosowanie pomieszczeń, zgodnie ze wskazanymi wyżej standardami, podczas najbliższego remontu placówki.

e) Prawo do informacji

Mimo licznych informacji udostępnianych na tablicach ogłoszeń, pracownicy BRPO zwracają uwagę, że pacjenci powinni mieć stały, nieograniczony dostęp także 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 Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka. Przedstawiciele KMP rekomendują uzupełnienie tablic informacyjnych Oddziału w ww. zakresie.

W czasie rozmów indywidualnych pacjenci nie mieli świadomości istnienia zeszytu skarg. Jednocześnie przedstawiciele Mechanizmu zostali poinformowani, że co tydzień odbywa się na oddziale spotkanie społeczności wszystkich pacjentów, na którym omawia się sprawy bieżące. Przedstawiciele KMP zalecają poinformowanie pacjentów o istnieniu zeszytu skarg i możliwości ich pisemnego składania. Powyższe informacje można również zamieścić w formie pisemnej na tablicach informacyjnych Oddziału. Rekomenduje się też, aby zeszyt ten był dostępny w miejscu ogólnodostępnym i umożliwiał osobie przebywającej na Oddziale złożenie skargi w warunkach prywatności, bez konieczności zgłaszania tej potrzeby pracownikowi.

f) Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne

Z informacji przekazanej wizytującym wynika, że zajęcia terapeutyczne odbywają się od poniedziałku do piątku. Tymczasem zgodnie z § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych (Dz. U. z 2014 r., poz. 522) *w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy pacjentom zapewnia się również dostęp do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną*. Przedstawiciele KMP zalecają zapewnienie pacjentom dostępu do ww. form aktywności, stosownie do przepisów prawa krajowego.

g) Personel

Z uwagi na nieprawidłowości stwierdzone w czasie stosowania unieruchomienia pacjentów, odnoszące się do braku chwilowego zwolnienia, wskazane w pkt 3 b) niniejszego raportu, w ocenie przedstawicieli KMP dyrektor Szpitala powinien rozważyć zwiększenie obsady personelu na Oddziale. Z wyjaśnień lekarzy obecnych na podsumowaniu wizytacji wynika, że zaniechania w tej materii są wynikiem zbyt małej

liczby personelu pielęgniarskiego. Mimo iż Szpital spełnia obowiązujące w tym zakresie standardy, w ocenie kadry wizytowanego Szpitala są one niewystarczające w celu zapewnienia właściwej opieki i należałoby poszukać w tym zakresie odpowiednich rozwiązań. Z informacji udzielonych wizytującym wynika, że personel pielęgniarski liczy 3 osoby na zmianie w porze dziennej, oraz 2-3 osoby w porze nocnej. Z uwagi na powyższe przedstawiciele Mechanizmu rekomendują dyrektorowi Szpitala rozważenie zwiększenia obsady pielęgniarskiej na Oddziale.

Przedstawiciele Mechanizmu zwracają też uwagę na konieczność zorganizowania dla personelu Oddziału oraz sanitariuszy z Sekcji Czystości i Transportu Wewnętrznego, którzy biorą udział w stosowaniu przymusu bezpośredniego, systematycznych warsztatów obejmujących swoim zakresem: stosowanie i dokumentowanie przymusu bezpośredniego (ostatnie szkolenie w tej materii odbyło się 23 sierpnia 2012 r.), przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu, komunikację interpersonalną i standardy międzynarodowe w opiece nad pacjentami. Jak bowiem 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)]).

Pracownicy BRPO zostali również poinformowani, że personel Oddziału uczestniczy w regularnych superwizjach (1 raz w miesiącu), finansowanych wyłącznie ze swoich środków prywatnych. Koszt konsultacji wynosi około 150 zł za osobę. Przedstawiciele KMP wyrażają uznanie dla personelu w tym zakresie.

W ocenie przedstawicieli KMP superwizja pozwala na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych przez personel obowiązków służbowych. Może również przyczyniać się do zapobieżenia wypaleniu zawodowemu i podniesienia jakości jego pracy. Przedstawiciele Mechanizmu zachęcają więc dyrektora szpitala do rozważenia sfinansowania ww. konsultacji. W obecnym stanie faktycznym, superwizje stanowią bowiem nieobowiązkową inicjatywę prywatną i nie dają gwarancji kontynuacji konsultacji w przyszłości.

#### **4. Zalecenia**

Na podstawie art. 19 OPCAT, przedstawiciele KMP zalecają:

##### **I. Dyrektorowi Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II w Nowym Targu:**

1. zasięganie przy wydawaniu decyzji o przyjęciu pacjenta na Oddział Psychiatrii, opinii drugiego lekarza psychiatrii lub psychologa, chyba że nie będzie to możliwe ze względu na jego nieobecność na dyżurze,
2. wypełnianie zawiadomień do sądu opiekuńczego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
3. stosowanie wobec pacjentów wobec których zastosowano unieruchomienie, krótkotrwałego częściowego albo całkowitego uwolnienie pacjenta, stosownie do przepisów obowiązującego prawa,
4. stosowanie kaczki/basenu oraz pampersów podczas unieruchomienia jako środków subsydiarnych,
5. stosowanie unieruchomienia zgodnie z § 7 ust. 2 rozporządzenia w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego,
6. precyzyjne opisywanie w dokumentacji przyczyn zastosowania przymusu bezpośredniego,
7. stosowanie przymusu bezpośredniego przez 5 osób,
8. wpisywanie w dokumentacji wszystkich osób biorących udział w stosowaniu wobec pacjenta przymusu bezpośredniego,
9. odstąpienie od prewencyjnego stosowania unieruchomienia,
10. odstąpienie od sprawdzenia toreb pacjentów i osób odwiedzających,
11. zapewnienie wszystkim pacjentom możliwości spędzenia m.in. 1 godziny dziennie na świeżym powietrzu oraz rozważenie wyodrębnienia podczas najbliższego remontu Szpitala, odpowiednio zabezpieczonego terenu zielonego, na potrzeby osób, które nie mogą spacerować w ramach tzw. wolnych wyjść,
12. kontynuowanie działań remontowych Oddziału oraz wymiany łóżek i szafek przyłóżkowych,
13. wyposażenie izolatki w monitoring wizyjny, stosownie do obowiązującego w tej materii prawa krajowego,



14. dokonanie przeglądu pomieszczeń, z których mogą korzystać osoby z niepełnosprawnościami i dostosowanie pomieszczeń, zgodnie ze standardami wskazanymi w pkt 3d) raportu, podczas najbliższego remontu Oddziału,
15. uzupełnienie tablic informacyjnych Oddziału o dane teleadresowe instytucji stojących na straży praw człowieka, w tym Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka i sądu opiekuńczego,
16. poinformowanie pacjentów o istnieniu zeszytu skarg i możliwości ich pisemnego składania,
17. zapewnienie pacjentom dostępu do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną, stosownie do przepisów prawa krajowego,
18. rozważenie zwiększenia obsady pielęgniarskiej na Oddziale,
19. zorganizowanie dla personelu Oddziału oraz sanitariuszy z Sekcji Czystości i Transportu Wewnętrznego, systematycznych warsztatów obejmujących swoim zakresem: stosowanie i dokumentowanie środków przymusu bezpośredniego, przeciwdziałanie wypaleniowi zawodowemu, komunikację interpersonalną i standardy międzynarodowe w opiece nad pacjentami,
20. rozważenie sfinansowania superwizji dla personelu Oddziału,
21. wyjaśnienie wątpliwości dotyczących informowania i uczestnictwa pacjentów w posiedzeniach sądu, wskazanych w pkt. 3 a) raportu.

## **II. Marszałkowi Województwa Małopolskiego:**

1. Zapewnienie środków finansowych na realizację zaleceń, które tego wymagają.