

Warszawa, dnia 4 kwietnia 2017 r.

KMP.574.1.2017.JJ

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur  
z wizytacji oddziałów psychiatrycznych Niepublicznego Zakładu Opieki  
Zdrowotnej „Salus” w Szczecinku  
(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), zwanym dalej: OPCAT, oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 6-7 lutego 2017 r. do oddziałów psychiatrycznych Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Salus” z siedzibą w Szczecinku ul. Kościuszki 38 udał się Krzysztof Olkowicz – Zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich oraz przedstawiciele Biura Rzecznika Praw Obywatelskich z Zespołu Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (dalej: KMPT): Dorota Krzysztoń (kryminolog), Sulimir Szumielewicz (psycholog śledczy, psychotraumatolog) oraz dr Justyna Józwiak (socjolog, politolog w zakresie resocjalizacji).

Celem wizytacji zapobiegawczej przedstawicieli KMPT było sprawdzenie na miejscu sposobu przestrzegania praw osób umieszczonych w oddziałach psychiatrycznych, dokonując oceny pod względem ich ochrony przed torturami oraz innym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem. Reprezentanci KMPT interesowali się szczególnie traktowaniem pacjentów przebywających w oddziale bez zgody [na podstawie art. 23 ust. 1, art. 24 ust. 1, art. 28 i art. 29 ust.1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2016 r., poz. 546) dalej: u.o.z.p.].

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- przeprowadzono rozmowę z lek. med. Jolantą Martyniuk – ordynatorką oddziałów oraz kierowniczką NZOZ „Salus”;

- dokonano oglądu pomieszczeń, w tym m.in.: sal pacjentów, sanitariatów, sal terapii;
- przeprowadzono rozmowy z niektórymi pracownikami oddziału;
- przeprowadzono rozmowy indywidualne z wybranymi pacjentami;
- poddano analizie wybraną dokumentację.

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną.

Pracownicy Biura Rzecznika Praw Obywatelskich (dalej: BRPO) poinformowali ordynatorkę oddziału psychiatrycznego oraz pielęgniarkę oddziałową 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 KMPT 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 oddziału**

NZOZ „Salus” mieści się przy kompleksie budynków ZOZ w Szczecinku. W jego skład wchodzi: poradnia zdrowia psychicznego, stacjonarny oddział psychiatryczny, oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, izba przyjęć szpitala. Zakład jest wpisany do rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Wojewodę Zachodniopomorskiego w Szczecinie. Placówka jest systematycznie wizytowana przez sędziego Sądu Okręgowego w Koszalinie. Organem założycielskim NZOZ „Salus” jest osoba fizyczna – Jolanta Martyniuk.

Oddział psychiatryczny przeznaczony jest dla dorosłych kobiet i mężczyzn. Obowiązujący w dniu wizytacji kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia obejmował 25 łóżek. W dniu wizytacji przebywało w nim 29 pacjentów, w tym 1 osoba umieszczona bez zgody. Z dokumentacji prowadzonej w oddziale wynika, że przyjęcia ponad stan zdarzają się często (liczba pacjentów sięgała nawet do 35 osób).

## **3. Problemy systemowe**

Monitoring wizyjny zainstalowano w m.in. na stołówce, korytarzach oraz niektórych salach pacjentów, w tym w sali obserwacyjnej. 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. 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 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. Nieprawidłowości stwierdzone podczas wizytacji**

##### **4.1. Legalność pobytu**

Analiza wybranej losowo dokumentacji prawnej pod kątem legalności pobytu osób przyjętych bez zgody nie wykazała nieprawidłowości w zakresie podstaw prawnych warunkujących umieszczenie w oddziale (postanowienia sądu).

Wizytujący zauważali jednak, że w dokumentacji pacjentów przyjmowanych bez zgody brakuje opinii biegłych psychiatrów, o której mowa w art. 46 ustawy o zdrowiu psychicznym. 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. Pogląd ten podzielił również prof. Jacek Wciórka z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie na spotkaniu z przedstawicielami KMPT w dniu 4 stycznia 2017 r. W ocenie Profesora taka opinia powinna znajdować się w

dokumentacji pacjenta. Umożliwia bowiem uzupełnienie o nim informacji, stanowi materiał poglądowy i może być pomocna w obserwacji. Wskazał on również na to, że szpitale muszą samodzielnie zwracać się do sądów o ten materiał.

#### **4.2. Traktowanie**

Opierając się na rozmowach przedstawicieli KMPT, przeprowadzonych z pacjentami, należy stwierdzić, że w oddziale nie występują przypadki niewłaściwego traktowania, słownego czy też fizycznego. Ponadto pacjenci wskazywali, że w oddziale panuje dobra atmosfera, a personel dba o ich potrzeby. Niemniej jednak wizytujący stwierdzili następujące uchybienia dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego.

Na oddziale nie ma sali izolacyjnej wykorzystywanej jako forma przymusu bezpośredniego. Najczęściej stosowanym przymusem jest unieruchomienie poprzez użycie pasów. Unieruchomienie realizowane jest w wieloosobowych salach, ponieważ oddział nie dysponuje pomieszczeniami jednoosobowymi, w których możliwe byłoby stosowanie przymusu bezpośredniego. Podczas unieruchomienia pacjent nie jest osłaniany parawanem (oddział nie jest wyposażony w parawany). Wskazać w tym miejscu należy, iż przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia zasadniczo powinien być stosowany w pomieszczeniu jednoosobowym, na co wskazuje § 7 ust. 1. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. *w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania* (Dz.U. z 2012 r., poz. 740), dalej: rozporządzenie w sprawie zastosowania przymusu bezpośredniego. Zgodnie z ust. 2 wskazanego paragrafu, *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*. Przepisy rozporządzenia umożliwiają zatem stosowanie unieruchomienia w sali wieloosobowej z zastrzeżeniem oddzielenia osoby, wobec której przymus jest stosowany od pozostałych pacjentów. W praktyce najczęściej stosowaną metodą jest oddzielenie parawanem. W związku z powyższym pracownicy KMPT zalecają każdorazowe zapewnienie intymności osobom unieruchamianym w salach wieloosobowych.

Innym problemem jest fakt, że przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia nie zawsze był wykonywany przez 5 osób. Tymczasem do sprawnego i bezpiecznego

przeprowadzenia zastosowania przymusu bezpośredniego w tej formie potrzebne jest to niezbędna liczba osób (po jednej osobie dla zabezpieczenia kończyn, jedna osoba zabezpiecza głowę). Osoby te powinny być także odpowiednio przeszkolone. Warto wspomnieć, że jest to też zgodnie z uzasadnieniem rozporządzenia w sprawie zastosowania przymusu bezpośredniego, cyt. *Efektywne i bezpieczne zastosowanie przymusu bezpośredniego, tj. samo jego wykonanie, wobec silnej i sprawnej fizycznie osoby wymaga udziału 5 osób*<sup>1</sup>.

W kartach zastosowania unieruchomienia lub izolacji w tabeli obserwacji i oznaczeń znajdują się pieczętki i podpisy pracowników sprawujących nadzór nad wykonywaniem przymusu bezpośredniego, jednakże w nieprecyzyjny sposób jest określone, w jakich godzinach jaka osoba sprawowała kontrolę (pieczętki nie są stawiane w poszczególnych wierszach, lecz zbiorowo pod kilkoma przedziałami czasowymi nie określając jednak dokładnych ram czasowych).

Ponadto podczas analizy dokumentacji wizytujący zwrócili uwagę na przypadek pacjenta, który nie chciał przyjąć leków (wpis z 21/22.06.2016 r. w Karcie obserwacji i działań pielęgniarki). W związku z tym wezwano ochronę, jak napisano dalej: „Leki podano przy pomocy pracowników ochrony, lekarza oraz pielęgniarki”. Nie zostało to jednak odnotowane jako zastosowanie przymusu bezpośredniego. Według relacji pracowników przymusowe podawanie leku nie jest rejestrowane i dokumentowane jako przymus bezpośredni. Tymczasem art. 18 § 6 u.o.z.p. określa, że zastosowanie przymusu bezpośredniego polega na przytrzymaniu, przymusowym podaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji. Z kolei § 12 i § 13 rozporządzenie w sprawie zastosowania przymusu bezpośredniego wskazuje, że zastosowanie każdego środka przymusu bezpośredniego podlega odnotowaniu w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej. W przypadku gdy zastosowanie przymusu bezpośredniego ma miejsce w szpitalu psychiatrycznym, informacja o jego zastosowaniu jest zamieszczana w historii choroby, w której odnotowuje się:

- 1) zastosowany środek przymusu bezpośredniego;
- 2) przyczyny zastosowania przymusu bezpośredniego, w tym uzasadniające wybór środka przymusu bezpośredniego;
- 3) czas stosowania przymusu bezpośredniego oraz przyczyny jego ewentualnego przedłużenia;

---

<sup>1</sup> <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/42851/42853/42854/dokument34105.pdf>, str. 17.

4) informację o uprzedzeniu osoby z zaburzeniami psychicznymi przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego, że środek ten ma zostać wobec niej podjęty.

Informację o zastosowaniu przymusu bezpośredniego pielęgniarz zamieszcza w księdze raportów pielęgniarzskich, w której, poza informacjami wskazanymi w ust. 1, odnotowuje się również informacje o:

- 1) osobie zlecającej zastosowanie przymusu bezpośredniego, zwanej dalej "zlecającym";
- 2) osobach wykonujących przymus bezpośredni;
- 3) przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego, w tym o skutkach stosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, wobec której został on podjęty.

Jedynie po zleceniu zastosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz albo osoba, która podjęła decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji, wypełnia dodatkowo niezwłocznie kartę unieruchomienia lub izolacji. Przedstawiciele KMPT zalecają zatem dokumentowania użycia każdego przymusu bezpośredniego.

Ponadto zgodnie z § 4 rozporządzenia w sprawie zastosowania przymusu bezpośredniego lekarz, po osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi, może przedłużyć stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na następne dwa okresy nie dłuższe niż 6-godzinne. 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. Po upływie 24 godzin stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji, lekarz powiadamia również ordynatora (lekarza kierującego oddziałem albo jednostką lub komórką organizacyjną, w której zastosowano przymus bezpośredni).

Tymczasem w dokumentacji ze stosowania unieruchomienia pacjenta (*dane osobowe usunięto*) w okresie 20.12.2016 godz. 5.45 - 30.12.2016 godz. 9.30 (27 godz. 45 min.) stwierdzono następujące uchybienia:

- przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego odnotowane są o następujących godzinach: 9.45 (po 4 godzinach), 15.45 (po 6 godzinach), 21.45 (po 6 godzinach), 4.45 (po 7 godzinach), a zatem w tym ostatnim przedłużaniu przekroczono granicę 6 godzin;

- w dokumentacji pacjenta brakowało opinii drugiego lekarza psychiatry po dwukrotnym przedłużaniu na okresy 6-godzinne;
- pomimo że przymus stosowano ponad 24 godziny, nie powiadomiono ordynatora;
- ponadto w karcie zastosowania unieruchomienia lub izolacji nie wypełniono następujących części karty unieruchomienia: początku i końca stosowania unieruchomienia oraz części „Podsumowanie”.

W związku z powyższym przedstawiciele KMPT zalecają stosowanie przymusu oraz wypełnianie dokumentacji w tym zakresie zgodnie z przytoczonymi przepisami prawnymi i zasadami.

#### **4.3. Personel**

W oddziale powinno pracować 3 lekarzy, dostępnych przez następującą liczbę godzin w tygodniu: 20, 38, 20. Tak to zostało określone w Załączniku nr 2 „Harmonogram – zasoby” Aneksu nr 44 do umowy nr 16-00-02576-17-01/04-11-48 o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, zawartym 12.01.2017 r. pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia – Zachodniopomorskim Oddziałem Wojewódzkim w Szczecinie a Jolantą Martyniuk – Kierownikiem NZOZ „Salus”. Tymczasem w dniu wizytacji, która odbywała się na początku lutego opiekę nad pacjentami sprawowało dwóch lekarzy psychiatrów. Wizytującym przekazano informację, że jeden z lekarzy zrezygnował z pracy.

W związku z powyższym przedstawiciele KMPT zalecają zatrudnić lekarza, aby spełnić wymogi zawarte w Załączniku Nr 2 wyżej wskazanej umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

#### **4.4. Warunki bytowe**

W obszarze zapewnienia odpowiednich warunków bytowych przedstawiciele KMPT wskazują na następujące nieprawidłowości:

- nie każde łóżko miało zapewniony dostęp z trzech stron, co stoi w sprzeczności z § 18 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w *sprawie szczególnych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz. U. z 2012 r., poz. 739), dalej zwanego rozporządzeniem w sprawie szczególnych wymagań, w brzmieniu *łóżka w pokojach pacjentów powinny być dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych;*
- w toalecie męskiej w dniu wizytacji brakowało ręcznika papierowego, mydła w płynie oraz

papieru toaletowego, do czego zobowiązuje § 2 pkt 4 rozporządzeniem w sprawie szczegółowych wymagań;

- w salach chorych nie zainstalowano systemu alarmowo-przyzywowego. W ocenie reprezentantów KMPT system ten należy zamontować, gdyż obecnie pacjenci pozbawieni są możliwości samodzielnego wezwania personelu w razie konieczności.

#### **4.5. Sytuacja pacjentów z niepełnosprawnościami**

W NZOZ częściowo dostosowano do osób z niepełnosprawnością fizyczną, m.in. przy wejściu do obiektów urządzono dojazd oraz dojście o odpowiednim nachyleniu, a toaletach zainstalowano uchwyty. Jednakże w ocenie wizytujących oddział nie jest w pełni dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich.

W celu lepszego dostosowania istniejącej w oddziałach infrastruktury do potrzeb pacjentów z niepełnosprawnościami pożądane byłoby dokonanie przeglądu pomieszczeń, z których mogą 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),
- c) wysokość klamek, włączników światła, 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 pochylanie),
- 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 (górną krawędź).

Powyższe standardy zostały opracowane we współpracy Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z *Fundacją Polska Bez Barrier* i uznane za optymalne z punktu widzenia potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Przedstawiciele KMPT 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 KMPT rekomendują dokonanie przeglądu pomieszczeń, z których mogą korzystać osoby z niepełnosprawnościami i dostosowanie pomieszczeń, zgodnie ze wskazanymi wyżej standardami, podczas najbliższego remontu oddziału.

## **5. Zalecenia**

Na podstawie art. 19 OPCAT, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji zalecają kierownikowi Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Salus” w Szczecinku:

1. wyeliminowanie nieprawidłowości dotyczących stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia z użyciem pasów, opisanych w pkt 4.2 raportu;
2. rozważenie możliwości wyodrębnienia jednoosobowego pomieszczenia do stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia;
3. zapewnienie intymności pacjentom unieruchamianym;
4. uzupełnienie dokumentacji medycznej o opinię biegłego sądowego psychiatry dotyczącą stanu psychicznego pacjenta leczonego bez zgody;
5. zatrudnienie lekarza, aby spełnić wymogi zawarte w Załączniku Nr 2 do umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej;
6. zapewnienie dostępu do 3 stron łóżkom pacjentów;
7. zamontowanie systemu przyzywowego w salach chorych;

8. wyposażenie toalet pacjentów w ręczniki papierowe, mydło w płynie oraz papier toaletowy;
9. dokonanie przeglądu pomieszczeń, z których mogą korzystać osoby z niepełnosprawnościami i dostosowanie pomieszczeń, zgodnie z przedstawionymi standardami, podczas najbliższego remontu oddziału.