



Warszawa, dnia 8 sierpnia 2008 r.

**BIURO  
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

**RPO-594487-X/08/MJ**

00-090 Warszawa Tel. centr. 0-22 551 77 00  
Al. Solidarności 77 Fax 0-22 827 64 53

**Notatka z wizytacji  
Wojewódzkiego Podkarpackiego Szpitala Psychiatrycznego w Żurawicy**

W dniu 30 lipca 2008 r., z upoważnienia Rzecznika Praw Obywatelskich dr Janusza Kochanowskiego, Tomasz Gellert - dyrektor Zespołu Administracji Publicznej, Zdrowia i Ochrony Praw Cudzoziemców oraz Marta Junk i Marcin Sośniak - pracownicy Zespołu, przeprowadzili wizytację Wojewódzkiego Podkarpackiego Szpitala Psychiatrycznego w Żurawicy. Celem wizytacji było zapoznanie się ze stanem przestrzegania praw pacjentów Szpitala, ze szczególnym uwzględnieniem przyjęć bez zgody osób z zaburzeniami psychicznymi oraz stosowania środków przymusu bezpośredniego.

W toku wizytacji Szpitala przeprowadzono rozmowy z zastępcą dyrektora ds. leczenia, pełniącym obowiązki dyrektora w związku z jego urlopem, zapoznano się w niezbędnym zakresie z ogólną dokumentacją medyczną oraz losowo dobraną dokumentacją indywidualną pacjentów przyjętych do Szpitala, w tym bez zgody. Na jednym z oddziałów szpitalnych o profilu ogólnopsychiatrycznym przeprowadzono rozmowy z ordynatorem i innymi osobami z personelu medycznego, zapoznano się z warunkami, w jakich przebywają i leczeni są pacjenci. Na podstawie losowo dobranych przypadków, zapoznano się z procedurą stosowania środków przymusu bezpośredniego.

Wizytowany szpital może prowadzić leczenie ok. 280 chorych – w dwóch oddziałach ogólnopsychiatrycznych, oddziale terapii uzależnienia od alkoholu oraz oddziale leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych. W zał. 2 poz. 18 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. Nr 179 poz. 1854 ze zm.), szpital wymieniony jest jako placówka przeznaczona do leczenia 30 osób chorych, skierowanych do szpitala na podstawie orzeczenia przez sąd karny zastosowania leczenia psychiatrycznego jako środka zabezpieczającego w warunkach zabezpieczenia wzmocnionego. W praktyce jednakże oddział o wzmocnionym zabezpieczeniu nie został utworzony – poinformowano osoby wizytujące o podjęciu działań związanych z wykreśleniem placówki z wykazu.

W trakcie prowadzonej wizytacji ustalono, że w Szpitalu nie melduje się na pobyt czasowy pacjentów przebywających na leczeniu przed upływem 24 godzin od chwili przybycia, nie prowadzi się zbioru danych tych osób w formie książki zameldowań lub systemie informatycznym. Powyższa praktyka pozostaje w kolizji z art. 10 ust. 2 i art. 13 ustawy z dnia 10 kwietnia 1974 r. o ewidencji ludności i dowodach osobistych (Dz. U. z 2006 , Nr 139, poz. 993 ze zm.).

Szpital mieści się w kompleksie budynków pochodzących z początku XX wieku, pełniących wówczas rolę obiektów koszarowych w ramach systemu fortyfikacyjnego Twierdzy Przemyśl. W części budynków przeprowadzono w ciągu ostatnich kilku lat gruntowny remont, w części natomiast remont trwał w dacie wizytacji.

Warunki leczenia oraz warunki bytowe stworzone chorym w części wizytowanego oddziału (po remoncie) przeznaczonej dla mężczyzn, ocenić należy jako dobre. Chorzy przebywają w kilkusobowych salach, mają do dyspozycji świetlicę, łazienki i ubikacje. W dniu wizytacji wszystkie pomieszczenia udostępnione pacjentom utrzymane były w czystości. Natomiast w części oddziału przeznaczonej dla kobiet, w dacie wizytacji trwały prace remontowe, czego konsekwencją było zwiększone zagęszczenie w salach chorych. Osoby wizytujące spotkały się ze skargami chorych na

akceptowanie przez personel oddziału palenia tytoniu w toalecie przez pacjentów. Według wyjaśnień kierownictwa oddziału, problem zostanie w pełni rozwiązany po zakończeniu remontu – przewidziane jest wydzielenie pomieszczenia na palarnię.

Personel szpitala respektuje prawo chorych do porozumiewania bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami oraz prowadzenia korespondencji bez kontroli. Zrozumiałym wyjątkiem zdaje się być poddanie nadzorowi zawartości paczek, otrzymywanych przez pacjentów oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu oraz leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych. Wątpliwości budzi natomiast ograniczanie pacjentom możliwości korzystania z telefonów komórkowych.

Sposób prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych wydaje się spełniać podstawowe wymogi, określone w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 20 października 1995 r. w sprawie organizowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i nagradzania uczestników tych zajęć (Dz. U. z 1995 r. nr 127, poz. 614)*. Zajęcia odbywają się 5 razy w tygodniu w godz. 7:30 – 18:00, w odrębnym budynku i na ławkach przed nim. Do uchybień zaliczyć należy nie przestrzeganie zasady, iż dla każdego pacjenta, przy jego współdziałaniu, winien być przygotowany indywidualny program rehabilitacyjny (§3 *rozporządzenia*). Z rozmowy z pracownikami wynika też, że pacjentom biorącym aktywny udział w zajęciach rehabilitacyjnych nie wypłaca się nagród pieniężnych, przewidzianych w §6 ust. 2 *rozporządzenia*, wynoszących od 5 do 30% najniższego wynagrodzenia. Według uzyskanych wyjaśnień, nagrody pieniężne przyznawane są wyłącznie uczestnikom warsztatów terapii zajęciowej.

Analiza dokumentacji medycznej, nie wskazała na nieprawidłowości w zakresie procedury przyjmowania do szpitala osób z zaburzeniami psychicznymi za ich pisemną zgodą lub bez zgody. Wyrażając zgodę, osoba przyjmowana składa swój podpis w dokumentacji medycznej. Natomiast w przypadkach przyjęcia bez zgody, w sposób prawidłowy jest zawiadamiany sąd rodzinny i opiekuńczy. Istnieją natomiast wątpliwości, dotyczące dokumentowania czynności wyjaśniania chorym przyjętym bez zgody, przyczyn przyjęcia do szpitala oraz poinformowania ich o przysługujących im prawach (obowiązek taki kreuje art. 23 ust. 3 *ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie*

*zdrowia psychicznego* – Dz. U. z 1994 r. nr 111, poz. 535 ze zm.). Należy podkreślić, że zgodnie z art. 23 ust. 5 ustawy, czynności te powinny być odnotowane w dokumentacji medycznej. Stan pacjenta w momencie przyjęcia do szpitala, uniemożliwiający poinformowanie go o przyczynach przyjęcia i przysługujących mu prawach, nie może stanowić uzasadnienia dla odstąpienia od tego obowiązku. Informacji tych należy mu choremu udzielić niezwłocznie, kiedy będzie w stanie je zrozumieć – umieszczając odpowiednią wzmiankę w indywidualnej dokumentacji medycznej.

Według informacji personelu medycznego wizytowanego oddziału szpitalnego, spośród środków przymusu bezpośredniego, w najczęściej stosowane jest unieruchomienie. Wykonywane jest ono pod stałym nadzorem pielęgniarki, w sposób zapewniający bezpieczeństwo choremu, wobec którego zastosowano przymus, a także oraz innym pacjentom. Zwraca uwagę dość wstrzemięźliwe sięganie po ten środek. Analiza stosownej dokumentacji zbiorczej oraz wybranych akt indywidualnej dokumentacji medycznej, dotyczących stosowania środków przymusu bezpośredniego wskazuje jednakże na pewne uchybienia:

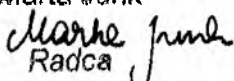
- jak ustalono w rozmowie z personelem oddziału, środek przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia, ordynowany jest najczęściej przez pielęgniarkę, w granicach przysługujących uprawnień. O zastosowaniu tego środka niezwłocznie powiadamiany jest lekarz. Fakt zastosowania unieruchomienia przez pielęgniarkę nie jest jednakże odnotowywany w dokumentacji medycznej stosownie do art. 18 ust. 2 *ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*;
- stwierdzono przypadki zastosowania unieruchomienia w okolicznościach, nie przewidzianych w *ustawie o ochronie zdrowia psychicznego*. m.in.. Należy podkreślić, że zgodnie z art. 18 ust. 1 i ust. 3 *ustawy*, zastosowanie unieruchomienia jest dopuszczalne wyłącznie w przypadkach, gdy pacjent dopuszcza się zamachu przeciw życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub bezpieczeństwu powszechnemu (publicznemu), lub w sposób gwałtowny niszczy

lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jego otoczeniu. Natomiast zastosowanie przytrzymania lub przymusowego podania leków dopuszczalne jest w przypadku, gdy pacjent poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie oddziału. Stąd, zastosowanie unieruchomienia z powodu „niepokojów psychoruchowych”, „wzmożonego napięcia psychoruchowego”, „wylęknienia” czy „braku reakcji na uwagi” uznać należałoby za pozostające w rażącej kolizji z zasadami określonymi w powołanych przepisach – o ile nie jest to konsekwencją praktyki bardzo lakonicznych zapisów w dokumentacji medycznej, wyraźnie stosowanej w wizytowanym oddziale;

- wątpliwości budzi praktyka w zakresie oceny zasadności zastosowania środka przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia. W wizytowanym oddziale stosuje się zasadę przesyłania zawiadomień o zastosowaniu unieruchomienia do zastępcy dyrektora ds. medycznych upoważnionego do tej oceny, dopiero po zakończeniu stosowania tego środka w stosunku do konkretnego pacjenta. W przypadku, gdyby środek stosowany jest przez dłuższy czas, grozi to przekroczeniem trzydniowego terminu na tę ocenę, określonego w art. 18 ust. 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.
- w zbiorczej ani indywidualnej dokumentacji medycznej, nie jest odnotowywany fakt uprzedzania pacjenta o zastosowaniu środka przymusu. Powoduje to wątpliwość, czy obowiązek uprzedzania pacjenta wynikający z art. 18 ust. 2 i 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jest prawidłowo wykonywany;
- przytrzymanie i przymusowe podanie leków nie są traktowane w wizytowanym oddziale jako środki przymusu bezpośredniego. Według wyjaśnień personelu medycznego oddziału, przytrzymanie jest stosowane najczęściej łącznie z przymusowym podaniem leków. Stwierdzono jednakże w toku badania, iż zastosowanie przytrzymania oraz doraźnego lub przewidzianego w planie postępowania leczniczego podania leków bez zgody pacjenta, nie jest odnotowywane w dokumentacji medycznej. W konsekwencji, zasadność użycia tych dwóch form przymusu bezpośredniego nie jest poddawana obowiązującej procedurze oceny przez zastępcę dyrektora szpitala ds. medycznych.

## Uwagi i wnioski

1. Szpital sprawia wrażenie placówki przyjaznej dla pacjentów. Dostrzegalna jest życzliwy stosunek personelu medycznego do chorych i ich problemów. Stwierdzone uchybienia zdają się być raczej konsekwencją braku wystarczającej wiedzy z zakresu praw pacjentów oraz obowiązujących procedur, a nie złej woli lub niedopuszczalnego zaniechania.
2. Należy podjąć niezbędne działania, zmierzające do pełnego respektowania obowiązujących przepisów prawa, dotyczących stosowania środków przymusu bezpośredniego (w tym dokumentowania i kontroli zasadności) oraz wyeliminowania uchybień wskazanych w notatce. Celowe wydaje się w tej mierze systematyczne szkolenie osób odpowiedzialnych oraz uczestniczących w stosowaniu – szkolenie prowadzone bezpośrednio po przyjęciu do pracy i obejmujące jedynie kwestie techniczne stosowania przymusu. Ocenic należy jako dalece niewystarczające.
3. Należy zapewnić pacjentom przebywającym w szpitalu bez zgody, należytą informację o przyczynach ich przyjęcia oraz o przysługujących im prawach;
4. Stosownych korekt wymaga system rehabilitacji w zakresie przygotowywania we współdziałaniu z pacjentem, indywidualnych programów rehabilitacji oraz nagradzania uczestników zajęć rehabilitacyjnych;
5. Należy przywrócić stan zgodny z prawem, w zakresie wykonania przez pacjentów oraz administrację szpitala czynności, wynikających z obowiązku meldunkowego.

Sporządziła  
Marta Junk  
  
Radca