

Katowice, dnia 2 sierpnia 2013 r.

RPO-729014-VII/720.1/13/MKI

Raport
Krajowego Mechanizmu Prewencji
z wizytacji Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych
w Branicach.

(WYCIĄG)

1. Wprowadzenie

Na podstawie artykułu 19 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku w dniu 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192) oraz działając z upoważnienia Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 10-11 kwietnia 2013 r. do Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Branicach (dalej: szpital, placówka), mieszczącego się przy ul. Szpitalnej 18, udali się pracownicy Zespołu „Krajowy Mechanizm Prewencji” (dalej: KMP, Mechanizm): Marcin Kusy i Michał Kleszcz (prawnicy) oraz Justyna Józwiak (politolog w zakresie resocjalizacji). W wizytacji uczestniczył również ekspert KMP Leszek Asman, specjalista psychiatra, którego uwagi, zawarte w sporządzonej odrębnie ekspertyzie, zostały włączone w treść niniejszego raportu.

Celem wizytacji zapobiegawczej Krajowego Mechanizmu Prewencji było sprawdzenie na miejscu stanu przestrzegania praw osób umieszczonych w placówce w ramach środka zabezpieczającego, o którym mowa w art. 94 § 1 Kodeksu karnego (zwanych dalej: internowanymi, pacjentami), dokonując oceny pod względem ich ochrony przed torturami oraz innym, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem albo karaniem.

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- przeprowadzono rozmowę z dr nauk medycznych Waldemarem Mrowcem, dyrektorem do spraw leczenia;
- dokonano oglądu oddziałów, w których przebywają osoby internowane, w tym: pokoi pacjentów, gabinetów lekarskich, sanitariatów, jadalni oraz warsztatów terapii zajęciowej;
- przeprowadzono na osobności rozmowy indywidualne z wybranymi pacjentami;
- poddano analizie dokumentację dostępną na miejscu, w tym: książki raportów pielęgniarских, historie chorób i opinie psychiatryczne losowo wybranych pacjentów internowanych.

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną i użyto dalmierza do pomiaru powierzchni wybranych pomieszczeń.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano:

- „Statut Samodzielnego Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach”;
- regulaminy oddziałów, w których przebywają osoby internowane;
- informacje o zatrudnieniu na oddziałach, w których przebywają osoby internowane;
- plany szkoleń pracowników na rok 2012 oraz na rok 2013;
- wykazy pacjentów internowanych, umieszczonych na poszczególnych oddziałach;
- plany zajęć terapeutycznych;
- harmonogramy dnia poszczególnych oddziałów;
- procedury dotyczące: stosowania przymusu bezpośredniego, postępowania personelu dotyczącego zapobiegania samobójstwom, postępowania na wypadek oddalenia się pacjenta ze szpitala, postępowania z chorym w przypadku agresji.

2. Ogólna charakterystyka placówki

Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach jest Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej. W skład szpitala wchodzi: Oddziały Psychiatrii Ogólnej (B i C), Oddział dla uzależnionych, wobec których orzeczono środek zabezpieczający (D1), Oddział Sądowo-Psychiatryczny o wzmocnionym zabezpieczeniu (D2 i B5), Oddział

Rehabilitacji Neurologicznej, Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu (w tym: Oddział Leczenia Zespołów Abstynencyjnych (B7), Całodobowy Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu (B4), Poradnia dla Osób z Problemami Alkoholowymi), Zakład Opiekuńczo Leczniczy o Profilu Psychiatrycznym. W skład szpitala wchodzi również: izba przyjęć, apteka szpitalna, pracownia elektrodiagnostyki EEG i EKG, dział finansowo – księgowy, dział administracyjny, hotel pracowniczy.

Zgodnie z rozporządzeniem 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. z 2004 r. Nr 179, poz. 1854 ze zm., dalej rozporządzenie), szpital w Branicach przeznaczony jest do wykonywania środków zabezpieczających w warunkach podstawowego i wzmocnionego zabezpieczenia. Jak już wspomniano wyżej, dla osób internowanych w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia przeznaczono oddziały D2 (według przedstawionych wizytującym „wykazów pacjentów detencyjnych”: 28 internowanych mężczyzn) i B5 (29 internowanych mężczyzn), natomiast osoby internowane w warunkach podstawowego zabezpieczenia przebywają na oddziałach psychiatrycznych ogólnych B (w części męskiej oddziału: 13 pacjentów internowanych, natomiast w części żeńskiej – 3 pacjentki internowane) i C (w części męskiej: 26 pacjentów internowanych, w części żeńskiej – 3 pacjentki internowane) wraz z pozostałymi pacjentami szpitala. W 2012 r. zwolnionych z detencji zostało 75 pacjentów.

3. Legalność pobytu

Według informacji uzyskanej od dyrektora placówki, średni pobyt pacjenta w szpitalu wynosi 3 lata.

W trakcie analizy dokumentacji wizytujący zwrócili uwagę na przypadki nieterminowości w przekazywaniu do sądu opinii o stanie zdrowia sprawcy umieszczonego w tym zakładzie i o postępach w leczeniu lub terapii. Zgodnie z art. 203 § 1 Kodeksu karnego wykonawczego (Dz. U. z 1997 r. Nr. 90, poz. 557 ze zm., dalej: k.k.w.), kierownik zakładu zamkniętego zobowiązany jest do przesłania tej opinii

nie rzadziej niż co 6 miesięcy. Kierownik zobowiązany jest również przesłać ją bezzwłocznie, jeżeli w związku ze zmianą stanu zdrowia sprawcy uzna, że jego dalsze pozostawanie w zakładzie nie jest konieczne. W przypadku pacjentki (~~dane usunięto~~) po przesłaniu opinii w dniu 24 maja 2012 r., przesłanie kolejnej opinii nastąpiło dopiero w dniu 24 stycznia 2013 r., po uprzednim ponagleniu ze strony sądu w dniu 4 stycznia 2013 r. W przypadku pacjenta (~~dane usunięto~~) w 2012 r. opinie były przekazywane 4 kwietnia oraz 14 września, natomiast wizytujący nie stwierdzili w aktach opinii przesłanej w roku 2013. W związku z tym, iż wizytacja odbywała się w dniach 10 – 11 kwietnia, należy uznać, że także i w tym przypadku półroczny termin do przekazania opinii nie został zachowany. Krajowy Mechanizm Prewencji, w związku z powyższym, zaleca każdorazowe przestrzeganie terminu ustanowionego w art. 203 § 1 k.k.w.

W okresie od 1 stycznia 2012 r. sędzia penitencjarny nie wizytował szpitala w Branicach.

4. Personel

Według udostępnionego wizytującym wykazu stanowisk personelu, w poszczególnych oddziałach zatrudnionych jest:

- w Oddziale Psychiatrii Ogólnej B: 7 lekarzy, 2 psychologów, 20 pielęgniarek, 1 ratownik medyczny, sekretarka medyczna, 2 instruktorów terapii zajęciowej, 7 sanitariuszy szpitalnych;
- w Oddziale Psychiatrii Ogólnej C: 7 lekarzy, 2 psychologów, 21 pielęgniarek, sekretarka medyczna, 2 instruktorów terapii zajęciowej, 4 sanitariuszy szpitalnych, 3 salowe;
- w Oddziale Sądowo – Psychiatrycznym B5: 1 lekarz, 1 psycholog, 7 pielęgniarek, 5 sanitariuszy szpitalnych, 8 sanitariuszy szpitalnych – ochroniarzy;
- w Oddziale Sądowo – Psychiatrycznym D1¹ i D2 (łącznie): 2 lekarzy, 3 psychologów, 12 pielęgniarek, 2 instruktorów terapii zajęciowej,

¹ Oddział dla Uzależnionych, wobec których orzeczono środek zabezpieczający (D1), nie był objęty zakresem wizytacji KMP.

10 sanitariuszy szpitalnych, 16 sanitariuszy szpitalnych – ochroniarzy,
1 sekretarka medyczna.

Zdaniem Mechanizmu, liczba lekarzy zatrudnionych na oddziałach sądowych o wzmocnionym zabezpieczeniu (D2 i B5) jest niewystarczająca. Podkreślenia wymaga fakt, iż wśród zatrudnionych łącznie na obu oddziałach 3 lekarzy znajduje się również ordynator, który kieruje nie tylko oddziałami wymienionymi wcześniej, ale również oddziałem dla uzależnionych, wobec których orzeczono środek zabezpieczający (D1). Jak wynika z rozmów przeprowadzonych z personelem, na oddziale D5 brak jest stałej dostępności do lekarza dla przebywających tam pacjentów - planowe wizyty lekarskie odbywają się 2 razy w tygodniu, a w pozostałe dni lekarz dostępny jest jedynie w sytuacjach wymagających pilnej interwencji. Krajowy Mechanizm Prewencji zaleca zmianę tego stanu rzeczy poprzez zatrudnienie dodatkowych lekarzy na oddziałach D2 i B5.

Niewłaściwa jest również praktyka polegająca na tym, że dyżur szpitalny wykonywany jest tylko przez jednego lekarza, który obsługuje zarówno izbę przyjęć, jak również interwencyjnie świadczy pomoc medyczną wobec wszystkich pacjentów już przebywających w szpitalu. Taki stan rzeczy może skutkować pogorszeniem jakości pracy personelu lekarskiego w stosunku do pacjentów poszczególnych oddziałów (zwłaszcza z uwagi na niewielką liczbę lekarzy na oddziałach D2 i B5), a także utrudnieniami we właściwej realizacji przepisów dotyczących przedłużania stosowania środków przymusu bezpośredniego (§ 4 ust. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz oceny zasadności jego zastosowania, Dz. U. z 2012 r. poz. 740, dalej rozporządzenie w sprawie śpb.). Pomimo wyjaśnień dyrektora, iż w razie pilnej potrzeby do dyspozycji pozostaje również lekarz pełniący dyżur telefoniczny, Krajowy Mechanizm Prewencji zaleca zatrudnienie drugiego lekarza dyżurnego.

Wszyscy psychologowie zatrudnieni w placówce świadczą pracę w wymiarze pełnego etatu.

Z udostępnionych wizytującym planów szkoleń pracowników oddziałów sądowo – psychiatrycznych na rok 2012 oraz 2013 wynika, iż personel przechodzi szkolenia teoretyczne, dotyczące zastosowania środków przymusu bezpośredniego (uczestnictwo

w wymienionych szkoleniach nie jest potwierdzane zaświadczeniem). Krajowy Mechanizm Prewencji zwrócił uwagę na fakt, że poza aspektem teoretycznym stosowania środków przymusu bezpośredniego, równie ważne jest przeprowadzanie szkoleń czysto praktycznych, umożliwiających wszystkim członkom personelu sprawującym opiekę nad pacjentami nabycie praktycznych umiejętności stosowania wymienionych środków w sposób bezpieczny i możliwie najmniej uciążliwy dla pacjenta. Według uzyskanych od personelu informacji, w tego typu praktycznych szkoleniach uczestniczą tylko opiekunowie stanowiący służbę ochrony – fakt ten potwierdzony jest zaświadczeniami wydanymi przez Ośrodek Szkolenia i Usług „Orion” z siedzibą w Opolu.

Mając na uwadze powyższe, KMP zaleca objęcie praktycznymi szkoleniami dotyczącymi stosowania przymusu bezpośredniego wszystkich członków personelu sprawującym opiekę nad pacjentami, a także każdorazowe potwierdzanie w dokumentacji osobowej personelu faktu odbycia wszelkich, również teoretycznych, szkoleń z tego zakresu.

Spośród pozostałych szkoleń wymienić należy szkolenia dotyczące: problemów seksualności osób chorych psychicznie, podstawowych zabiegów resuscytacyjnych, farmakologii w psychoterapii uzależnień, podstawowych zasad bezpieczeństwa przeciwpożarowego, wypełniania dokumentacji pielęgniarskiej, mechanizmów działania leków psychotropowych, zapobiegania zakażeniom WZW, HIV, HCV, zapobieganiu i przyczyn odleżyn, komunikacji interpersonalnej. Krajowy Mechanizm Prewencji zaleca poszerzenie oferty organizowanych szkoleń dla kadry placówki o szkolenia z zakresu praw pacjenta oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

W szpitalu zatrudnionych jest 3 pracowników socjalnych. Dyrektor placówki poinformował, że poza załatwianiem bieżących spraw pacjentów do ich zadań należą również między innymi kwestie organizacyjne związane z umieszczaniem pacjentów w domach pomocy społecznej i działania związane z finansowaniem wycieczek pacjentów.

Codziennie na oddziałach mają miejsce zebrania części pracowników oddziału (lekarze, przedstawiciele personelu pielęgniarskiego, psycholog), na których omawiane są bieżące sprawy dotyczące stanu pacjentów oraz ich leczenia, planów i propozycji

dalszego leczenia, spraw natury organizacyjnej związanych z bieżącym funkcjonowaniem oddziału.

Według uzyskanych od dyrektora informacji, od początku 2012 r. do dnia 6 kwietnia 2013 r. nie były prowadzone w stosunku do pracowników szpitala postępowania dyscyplinarne ani sądowe, związane z naruszeniem praw pacjentów.

5. Traktowanie

Krajowy Mechanizm Prewencji pozytywnie ocenia atmosferę panującą między pacjentami, a personelem placówki. Według uzyskanych od pacjentów informacji, pracownicy szpitala traktują ich „z sercem” oraz „nie są obojętni na ich problemy”. Nie odnotowano głosów świadczących o niewłaściwej formie zwracania się do pacjentów – personel zachowuje każdorazowo formę grzecznościową „pan” lub „pani”.

Dyrektor placówki poinformował wizytujących, iż jedynym zdarzeniem nadzwyczajnym z udziałem pacjentów w okresie od 1 stycznia 2012 r. do dnia wizytacji było samobójstwo pacjenta w maju 2012 r. Prowadzone w tej sprawie postępowanie prokuratorskie nie doprowadziło do stwierdzenia nieprawidłowości w działaniu personelu szpitala ani też udziału w zdarzeniu osób trzecich.

Jak już wspomniano w pkt 2 niniejszego raportu, na Oddziałach Psychiatrii Ogólnej (B i C), pacjenci internowani przebywają wspólnie z pozostałymi pacjentami szpitala. Według informacji uzyskanej od pracowników szpitala, nowo przybyły pacjent podlega szczegółowej obserwacji. Gdy w ocenie personelu stan jego zdrowia na to pozwala, uzyskuje przepustkę na teren warsztatów, a następnie może poruszać się po terenie całego szpitala. Na oddziałach D2 i B5 pacjenci mogą poruszać się po terenie oddziałów oraz uczestniczyć w godzinnych spacerach. Zasada, w myśl której spacer trwa godzinę, nie jest rygorystycznie przestrzegana i w rzeczywistości pacjenci mogą skorzystać z pól spacerowych dłużej i częściej niż raz w ciągu dnia. W przyszłości, po przeprowadzeniu zmian reorganizacyjnych, planuje się udostępnić pacjentom pole spacerowe bez ograniczeń czasowych w ciągu dnia.

Od dnia 1 grudnia 2012 r. do dnia wizytacji, w stosunku do pacjentów internowanych w warunkach podstawowego zabezpieczenia, przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia stosowano 7 razy. W stosunku do pacjentów internowanych

w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia w omawianym okresie stosowany był 48 razy, natomiast w postaci izolacji – 1 raz.

Wizytujący dostrzegli nieprawidłowości w sposobie prowadzenia dokumentacji związanej ze stosowaniem przymusu bezpośredniego. Należy zwrócić uwagę, iż na kartach zastosowania unieruchomienia bądź izolacji, stanowiących załącznik nr 5 do rozporządzenia w sprawie śpb., stwierdzono brak czytelnych podpisów osób zlecających unieruchomienie, brak pełnych imion osób wykonujących czynności oraz ich podpisów, a także brak czytelnych podpisów osób zlecających zakończenie unieruchomienia. W jednym przypadku (pacjent ~~o danych osobowych usunięto~~) brak jest jakichkolwiek informacji o osobie zlecającej zakończenie stosowania przymusu. W dokumentacji tego samego pacjenta dotyczącej zastosowania środka przymusu w dniu 13 lutego 2013 r. stwierdzono brak podpisu osoby zlecającej zakończenie unieruchomienia.

Również w historii choroby wymienionego wyżej pacjenta stwierdzono kolejne nieprawidłowości. W pierwszej kolejności należy wskazać, że zarówno na karcie zastosowania przymusu, jak i w zawiadomieniu o zastosowaniu przymusu bezpośredniego, jako powód jego zastosowania wskazano „niepokój, napięcie oraz słaby kontakt logiczny”. Zdaniem przedstawicieli Mechanizmu, podanie takich powodów jako wyłącznej przyczyny zastosowania przymusu implikuje stwierdzenie, iż przymus nie miał uzasadnienia i został zastosowany niezgodnie z przepisami art. 18 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375, ze zm.).

Wątpliwości wizytujących wzbudziło również zastosowanie w dniu 4 marca 2013 r. przymusu bezpośredniego wobec pacjenta (~~dane usunięto~~) na jego własne życzenie. W związku z tym, że stosowanie przymusu bezpośredniego na życzenie pacjenta nie ma podstawy prawnej, przedstawiciele Mechanizmu zalecają rezygnację z tej praktyki w przyszłości.

W przypadku zaistnienia podejrzenia spożycia przez pacjenta napojów alkoholowych lub środków odurzających, przeprowadzane są badania przy użyciu alkometru oraz testów na obecność narkotyków. Zastrzeżenia wizytujących wzbudziło

wprowadzone przez pkt 6 rozdziału 3 Szczegółowego regulaminu funkcjonowania oddziału sądowo – psychiatrycznego o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia (oddziałów D2 i B5) domniemanie spożycia wymienionych środków w przypadku gdy pacjent odmawia poddania się badaniu. Zdaniem KMP, postępowanie zgodne z treścią wskazanego przepisu nie jest właściwe, gdyż w przypadku osób wykazujących zaburzenia psychiczne odmowa poddania się badaniu na obecność alkoholu lub narkotyków może znajdować uzasadnienie nie tylko w chęci ukrycia faktu spożycia wymienionych środków, lecz także w stanie psychicznym pacjenta i wynikać przykładowo z treści doświadczanych objawów psychopatologicznych.

6. Dyscyplinowanie

Według informacji uzyskanych od pacjentów w trakcie przeprowadzonych rozmów, w przypadku naruszeń porządku stosowana jest kara w postaci zakazu palenia papierosów. Mechanizm, stojąc na stanowisku, iż pacjenci szpitali psychiatrycznych nie mogą być karani ze względu na brak do tego ustawowych podstaw, zaleca rezygnację ze stosowania jakichkolwiek kar w stosunku do nich.

Zastrzeżenia wizytujących wzbudził pkt 16 rozdziału 3 Szczegółowego regulaminu funkcjonowania oddziału sądowo – psychiatrycznego o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia (stosowanego na oddziałach D2 i B5). W myśl tego przepisu, pacjent ma obowiązek wykonywać „inne polecenia personelu nieobjęte zawartym w rozdziale 3 wykazem obowiązków, a mających na celu dobro pacjenta i zakładu”. Krajowy Mechanizm Prewencji zwracając uwagę na fakt, iż kwestia zakresu poleceń personelu, do których pacjenci mają się stosować, nie została precyzyjnie uregulowana w rozporządzeniu (załącznik nr 6 – regulamin organizacyjno – porządkowy wykonywania środków zabezpieczających, § 3 pkt 4), zaleca zmianę treści wymienionego wyżej przepisu regulaminu tak, by w sposób bardziej szczegółowy określał on zakres poleceń, do których pacjenci mają się stosować.

7. Prawo do ochrony zdrowia

Spotkania pacjentów z lekarzami odbywają się w sposób planowy (wizyty lekarskie, indywidualne okresowe badania), z inicjatywy pacjentów lub też w sytuacjach

szczególnych (pogorszenie stanu psychicznego, wystąpienie choroby somatycznej itp.). W sytuacjach nagłych, poza godzinami pracy personelu lekarskiego, istnieje możliwość zbadania pacjenta przez lekarza dyżurnego.

Możliwości terapeutyczne oddziałów w zakresie leczenia farmakologicznego należy określić jako zadowalające. Szpital oferuje szeroki zakres farmakoterapii, w tym leków psychotropowych nowszych generacji (zwłaszcza leków antypsychotycznych). Dostęp do leków służących do leczenia chorób somatycznych również nie budzi zastrzeżeń. Leki zlecane przez lekarzy oddziału lub też przez lekarzy specjalistów innych specjalności po ich zamówieniu są dostępne w aptece szpitalnej.

Szpital dysponuje receptariuszem szpitalnym, czyli szpitalnym wykazem leków, opracowywanym przez komitet terapeutyczny. Jednym z członków komitetu jest zastępca dyrektora do spraw lecznictwa. Praktyka ta budzi zastrzeżenia w myśl zasad farmakoekonomiki. Zdaniem KMP, obecność dyrektora w zespole komitetu terapeutycznego może powodować, iż aspekt ekonomiczny w zakresie polityki lekowej może stać się aspektem priorytetowym, co może wywrzeć niekorzystny wpływ na zakres leków dostępnych w szpitalu.

W przypadku wystąpienia zaburzeń natury somatycznej istnieje możliwość konsultacji pacjenta przez lekarza innej specjalności niż psychiatria. Na terenie szpitala dostępny jest lekarz specjalista internista oraz neurolog. W razie konieczności uzyskania opinii lekarza innej specjalności istnieje możliwość skonsultowania pacjenta poza szpitalem, w placówkach w Głubczycach i Kędzierzynie – Koźlu. Szpital dysponuje własnym transportem sanitarnym, co bardzo ułatwia przewóz pacjentów na konsultacje.

Historie choroby prowadzone są w wersji elektronicznej. Wpisy do dokumentacji lekarzy i psychologów są dokonywane na bieżąco. We wszystkich sprawdzonych przypadkach wizytujący stwierdzili uchybienia w postaci braku pełnego oznaczania osób dokonujących wpisów (brak numerów prawa wykonywania zawodu w przypadku lekarzy), braku wpisów dotyczących posiadanych kwalifikacji, a w części przypadków także oznaczenia zawodu osoby dokonującej wpisu. Opisany stan faktyczny stanowi naruszenie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010 r., Nr 252, poz. 1697, ze zm.).

Dokumentacja dotycząca zleceń lekarskich i przebiegu ich realizacji składa się z dwóch części. Część pierwszą stanowi dokument nazwany „Indywidualną kartą zaleceń lekarskich”. Uzupełnieniem wymienionego dokumentu jest „Książka rozchodu leków”. Oba dokumenty prowadzone są w sposób uniemożliwiający jednoznaczną identyfikację osoby zlecającej i kończącej zlecenie (lekarza) oraz osoby wykonującej zlecenie (pielęgniarki), co również jest wymagane przez wspomniane akapit wyżej rozporządzenie Ministra Zdrowia. W niektórych przypadkach stwierdzono także brak określenia formy zleconego leku oraz drogi jego podania (tzn. doustnie, parenteralnie lub też w inny sposób). Zdaniem Krajowego Mechanizmu Prewencji, sposób prowadzenia dokumentacji związanej ze zlecaniem leczenia farmakologicznego powinien być jednoznaczny, jasny i czytelny, dlatego też KMP zaleca dołożenie należytej staranności w omawianym zakresie.

W placówce nie są stosowane zabiegi elektrowstrząsowe. Zastrzeżeń nie budzi również monitorowanie leczenia preparatem klozapiny.

8. Prawo do informacji

Po przybyciu do szpitala pacjenci są informowani o przysługujących im prawach – fakt ten został potwierdzony w trakcie przeprowadzonych rozmów. Pacjenci mieli również świadomość, gdzie znajdują się regulaminy oddziałów oraz karta praw pacjenta.

Zgodnie z postanowieniami zawartymi w pkt. 3 rozdziału 2 „Szczegółowego regulaminu funkcjonowania oddziału sądowo – psychiatrycznego o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia” (stosowanego na oddziałach D2 i B5), pacjent ma prawo do uzyskania od lekarza informacji o celu przyjęcia do szpitala, swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych czynnościach diagnostycznych i pielęgnacyjnych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub skutkach ich zaniechania. Krajowy Mechanizm Prewencji zaleca uzupełnienie treści tego przepisu o prawo do uzyskiwania informacji o proponowanych czynnościach terapeutycznych.

Na umieszczonych na ścianach każdego z oddziałów tablicach informacyjnych wywieszono adresy Rzecznika Praw Pacjenta (wraz z bezpłatną infolinią). Zdaniem KMP, zasadnym jest również udostępnienie pacjentom adresów innych instytucji

stojących na straży praw człowieka, np.: Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii – 800 676 676), sędziego penitencjarnego i sędziego rodzinnego, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.

9. Prawo do skargi

W czasie przeprowadzania wizytacji, na terenie wizytowanego szpitala nie było zatrudnionego Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, o którym mowa w art. 10a-10d ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Krajowy Mechanizm Prewencji stoi na stanowisku, iż Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego powinien być zatrudniony we wszystkich placówkach stacjonarnej opieki psychiatrycznej w celu wspierania oraz zajmowania się sprawami osób psychicznie chorych.

Pacjenci mogą składać skargi do dyrektora placówki – godziny jego przyjęć zostały umieszczone na tablicach informacyjnych znajdujących się na ścianach korytarzy wizytowanych oddziałów. Zeszyty skarg i wniosków znajdują się w pokojach pielęgniarskich (w okresie od 1 stycznia 2012 r. do dnia wizytacji pacjenci internowani złożyli 3 skargi dotyczące warunków bytowych). W trakcie rozmów indywidualnych ustalono, że osoby internowane posiadają wiedzę dotyczącą procedury składania skarg.

W związku z faktem, iż analiza przedstawionej pracownikom Mechanizmu dokumentacji doprowadziła do stwierdzenia, iż skargi składane przez pacjentów ustnie nie są rejestrowane, zaleca się zmianę tej praktyki i każdorazowe odnotowywanie przypadków złożenia skarg w przedstawionej formie.

10. Prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym

Według informacji uzyskanych od dyrektora, pacjenci internowani mają zapewniony kontakt ze światem zewnętrznym poprzez prowadzenie korespondencji, rozmów telefonicznych (aparaty telefoniczne na korytarzach) oraz poprzez odwiedziny. Wizytujący dostrzegli jednak, iż Regulamin organizacyjny oddziału psychiatrycznego (B i C) zawiera postanowienia budzące zastrzeżenia, mianowicie:

- § 6 pkt 1, z którego brzmienia nie wynika jasno, kto ma wyrazić zgodę na odwiedziny pacjenta;

- § 6 pkt 3, w myśl, którego odpowiedzialność za bezpieczeństwo pacjenta podczas odwiedzin odpowiada osoba odwiedzająca, a nie szpital;
- § 6 pkt 5, warunkujący odwiedziny przez osoby niepełnoletnie od zgody ordynatora oddziału. Dyrektor placówki poinformował wizytujących, iż w praktyce ograniczenia te nie są stosowane. Krajowy Mechanizm Prewencji zwraca uwagę na fakt, iż takie ograniczenie kręgu osób odwiedzających nie znajduje odzwierciedlenia w obowiązujących przepisach prawa;
- § 6 pkt 6, zgodnie z którym godziny przyjęć pacjentów wyznacza kierownik oddziału, podczas gdy w myśl postanowienia § 7 regulaminu organizacyjno – porządkowego stanowiącego załącznik nr 6 do rozporządzenia;
- § 6 pkt 9, zgodnie z którym osoby odwiedzające są legitymowane, podczas gdy taki stan rzeczy nie znajduje oparcia w obowiązujących przepisach prawa;
- § 7 pkt 8, sugerującym, iż wbrew obowiązującym przepisom prawa, przeniesienie pacjenta do oddziału o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia może odbyć się na podstawie decyzji podmiotu innego niż sąd, podczas gdy w myśl § 12 rozporządzenia, z wnioskiem o przeniesienie między zakładami psychiatrycznymi lub odwykowymi dysponującymi odpowiednimi możliwościami leczniczymi, terapeutycznymi, rehabilitacyjnymi i resocjalizacyjnymi, kierownik zakładu występuje do sądu. Zdaniem Mechanizmu z przepisu tego wynika, iż wyłącznie sąd jest upoważniony do określania stopnia zabezpieczeń stosowanych w stosunku do pacjenta, dlatego też, na zasadzie analogii, przepis ten stosować należy również odnośnie przeniesienia pacjentów między oddziałami funkcjonującymi w ramach jednego szpitala.

Odrębnym zagadnieniem jest kwestia nieudzielania przepustek osobom internowanym. Problem ten jest problemem systemowym, wynikającym z braku odpowiednich unormowań prawnych. Europejski Komitet Zapobiegania Torturom

w § 54 ósmego Sprawozdania Ogólnego stwierdził, że dla pacjentów szpitali niezbędne jest utrzymywanie kontaktu ze światem zewnętrznym, nie tylko w celu zapobiegania złemu traktowaniu, ale także z terapeutycznego punktu widzenia [CPT/Inf (98) 12]. Brak przepustek może utrudniać lub też wprost uniemożliwiać prawidłowe przeprowadzenie postępowania diagnostyczno – terapeutycznego u pacjentów internowanych. Niemożliwość udzielenia przepustki pacjentowi w przypadkach ważnych dla niego zdarzeń i okoliczności życiowych (np. śmierć bliskiej osoby, ślub itp.), narusza zasady prowadzonego postępowania terapeutycznego, naraża go na pogorszenia stanu psychicznego i nie sprzyja prowadzonej terapii. Dodatkowo istnieje potrzeba udzielenia pacjentowi przepustki przed ostatecznym zakończeniem hospitalizacji (trwającej niekiedy bardzo długo) i wypisaniem go ze szpitala. Związane jest to z koniecznością oceny jego poziomu funkcjonowania psychospołecznego w środowisku, w którym będzie przebywał po opuszczeniu szpitala. Brak takiej możliwości narusza podstawowe zasady funkcjonowania psychiatrii środowiskowej, jako optymalnej formy leczenia psychiatrycznego (przynoszącej największe korzyści terapeutyczno – rehabilitacyjne). Natomiast w przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych natury somatycznej u hospitalizowanych pacjentów, wiążących się z koniecznością przeprowadzenia diagnostyki lub leczenia w placówkach medycznych poza szpitalem (np. konieczność hospitalizacji na oddziale chorób wewnętrznych celem diagnostyki i leczenia zaburzeń kardiologicznych), umożliwienie pacjentom opuszczenia placówek naraża osoby odpowiedzialne (ordynatorów oddziałów, dyrekcję szpitala) na ewentualną odpowiedzialność natury prawnej (ze strony wymiaru sprawiedliwości), a w przypadku uniemożliwienia opuszczenia szpitali - na odpowiedzialność zawodową i roszczenia cywilne ze strony pacjentów lub też osób występujących w ich imieniu. Rzecznik Praw Obywatelskich dostrzegając ten problem zwróciła się w dniu 6 marca 2013 r. do Ministra Sprawiedliwości o rozważenie podjęcia działań legislacyjnych w tej mierze². W odpowiedzi z dnia 17 maja 2013 r. Minister Sprawiedliwości podzielił pogląd Rzecznika o potrzebie wprowadzenia stosownych rozwiązań prawnych w akcie prawnym rangi ustawowej a także poinformował, że kwestia ta zostanie prawdopodobnie uregulowana w ramach planowanej szerszej

² RPO-726171-V-13/GH.

nowelizacji Kodeksu karnego wykonawczego, poprzedzonej konsultacjami ze środowiskiem psychiatrycznym.

Dwa razy w tygodniu dla pacjentów internowanych, przebywających w Oddziałach Psychiatrii Ogólnej B i C, organizowane są wyjścia wraz z członkami personelu poza teren szpitala. KMP pozytywnie ocenia tą praktykę, gdyż umożliwia ona samodzielne załatwianie prywatnych spraw poza terenem szpitala (zakupy, wizyty w banku itp.). Według informacji uzyskanej od dyrektora placówki, w wyjściach tych ze względów bezpieczeństwa nie uczestniczą pacjenci szpitala z oddziałów o wzmocnionym zabezpieczeniu.

11. Oddziaływania terapeutyczne i kulturalno - oświatowe

Zgodnie z rozkładami dnia, pacjenci w godzinach od 9:00 do 12:30 oraz od 13:00 do 14:30 uczestniczą w różnorodnych zajęciach terapeutycznych. Analiza dokumentacji wykazała, że prowadzone są m.in. treningi kulinarne, higieniczne, budżetowe, rozwiązywania problemów, ergoterapia, biblioterapia, terapia rozrywką, muzykoterapia, zajęcia plastyczne, zajęcia teatralne, zajęcia ruchowe w sali gimnastycznej. W trakcie rozmów pacjenci pozytywnie wypowiadali się na temat prowadzonych terapii.

Zastrzeżenia wizytujących wzbudził fakt, iż na oddziałach D2 i B5 istnieją dwa różniące się od siebie plany tygodniowego rozkładu zajęć. Krajowy Mechanizm Prewencji zaleca określenie, który z wymienionych planów jest właściwy oraz wyeliminowanie z użycia planu niewłaściwego, gdyż aktualna sytuacja w tym zakresie powoduje dezorganizację pacjentów w zakresie struktury terapeutycznej oddziałów. Zdaniem KMP niewłaściwe jest to, że na oddziale C harmonogram zajęć jest ustalany w poszczególnych dniach tygodnia – jest to działanie niewłaściwe z punktu widzenia ciągłości procesu terapeutycznego i może skutkować jego fragmentaryzacją, zwłaszcza w zakresie oddziaływań psychoterapeutyczno – rehabilitacyjnych.

Na korytarzach wizytowanych oddziałów umieszczono stoły do gry w tenisa stołowego, natomiast na terenie oddziału D2 również grę „piłkarzyki”.

Zdaniem Krajowego Mechanizmu Prewencji, w wizytowanej placówce w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych wskazane jest zwiększenie liczby zajęć

grupowych, z uwzględnieniem odpowiedniej liczby kwalifikowanych psychoterapeutów.

Według informacji uzyskanej od dyrektora placówki, spotkania społeczności pacjentów oraz personelu poszczególnych oddziałów odbywają się 2 razy w tygodniu. W trakcie spotkań omawiane są bieżące sprawy oddziałów oraz sprawy indywidualne, zgłaszane przez poszczególnych pacjentów.

-12. Warunki bytowe

Oddziały, w których przebywają osoby internowane, znajdują się w trzech budynkach (w jednym z budynków oddziały sądowo – psychiatryczne D1 i D2, w drugim - oddział B5, w trzecim - oddział C).

Zainstalowany w szpitalu system monitoringu wizyjnego obejmuje swym zasięgiem korytarze oraz pole spacerowe na oddziale sądowo – psychiatrycznym oraz sale przeznaczone do stosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia. Pozostałe pomieszczenia, w tym sale chorych oraz sanitariaty, nie są monitorowane. Zapis zastosowania przymusu przechowywany jest przez okres ok. 1 miesiąca.

W dniach wizytacji pomieszczenia przeznaczone dla pacjentów były czyste i zadbane. Szczególnie dobre wrażenie, ze względu na wyposażenie ich w nowe meble, wywarło na wizytujących wyposażenie sal na oddziale B5. Pacjentom stworzono możliwość zamykania na klucz pozostających do ich dyspozycji szafek oraz szaf ubraniowych. KMP pozytywnie ocenia tą praktykę, zwracając także uwagę na konieczność zapewnienia pacjentom innych oddziałów określonego miejsca, w którym mogą przechowywać swoje rzeczy pod kluczem. Należy tu wskazać również § 34 Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98) 12], zgodnie z którym brak takiego miejsca może godzić w poczucie bezpieczeństwa i autonomii u pacjenta.

Zastrzeżenia Mechanizmu wzbudził natomiast przypadek znacznego zagęszczenia niektórych sal chorych, zwłaszcza trzynastoosobowej sali numer 220 na oddziale B. W związku z tym, iż tak duża liczba osób w jednej sali uniemożliwia respektowanie prawa do prywatności i intymności pacjentów, KMP zaleca zmniejszenie liczby łóżek w tej sali. Dyrektor placówki poinformował wizytujących, iż zastany stan

rzeczy ma związek z trwającymi pracami remontowymi, po których zakończeniu część pacjentów zostanie przeniesiona do innych sal. Z uwagi na przedstawiony wyżej argument dotyczący zapewnienia pacjentom prawa do prywatności i intymności, KMP zaleca również zmniejszenie liczby łóżek w salach: 219 na oddziale D2 (11 łóżek).

W sali numer 206 na oddziale B stwierdzono również, iż wbrew temu, co nakazują przepisy § 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), łóżka pacjentów nie były dostępne z trzech stron. Mechanizm również zaleca zmniejszenie pojemności tej sali w celu zapewnienia właściwych odstępów między łózkami.

Przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia stosowany jest w oddzielnych pomieszczeniach, wyodrębnionych w każdym z oddziałów. Sale te objęte są monitoringiem, zapis przechowywany jest przez okres ok. 30 dni.

Świetlice oddziałowe pełnią również funkcję jadalni. Krajowy Mechanizm Prewencji za dobrą praktykę uznaje umieszczenie w tych pomieszczeniach lodówek, w których każdy z mieszkańców posiada szafkę, zamykaną na pozostający w jego posiadaniu klucz. Rozwiązanie to pozwala na uniknięcie przypadków podbierania posiłków przez innych pacjentów.

Szpital zapewnia pacjentom 3 posiłki dziennie. Pacjenci, z którymi przeprowadzono rozmowy poinformowali, że jedzenie, które otrzymują, ma smak „bardzo dobry” bądź „dobry”. Zwrócili uwagę wizytujących także na fakt, iż w przypadku, gdy porcje okazują się niewystarczające, można każdorazowo otrzymać dokładkę. Między głównymi posiłkami pacjenci mogą otrzymać dodatkowo herbatę, chleb, masło i produkty do przygotowania kanapek.

Na terenie oddziałów wyodrębniono sanitariaty męskie, sanitariaty damskie, sanitariaty dla osób z niepełnosprawnością oraz łazienki. Wyposażenie oraz stan techniczny wymienionych pomieszczeń nie wzbudził zastrzeżeń wizytujących.

Zastrzeżenia wizytujących wzbudził natomiast fakt, iż na terenie oddziału B5 pomieszczenia warsztatów terapii zajęciowej nie zostały wyodrębnione. W związku z tym, że brak wymienionych pomieszczeń ogranicza dostępność do zajęć

terapeutycznych dla pacjentów tego oddziału, KMP zaleca wyodrębnienie na terenie oddziału pomieszczeń, w którym wymienione zajęcia będą mogły się odbywać. Wyposażenie warsztatów znajdujących się w pozostałych oddziałach wizytujący uznali za właściwe.

Szpital zapewnia pacjentom pranie wszystkich części posiadanej garderoby (pranie odbywa się dwa razy w tygodniu).

Na terenie każdego z pól spacerowych na oddziałach D2 i B5 umieszczono ławki, dodatkowo na terenie pola spacerowego na oddziale B5 wydzielono boiska do siatkówki oraz koszykówki. Korzystający ze spaceru pacjenci mają możliwość schronienia się pod dachem w razie opadów atmosferycznych. Według informacji uzyskanej od personelu Oddziałów Psychiatrycznych Ogólnych B i C, wszyscy przebywający na terenie tych oddziałów pacjenci, również internowani, w godzinach od 13:00 do 18:00 mogą swobodnie spacerować po terenie szpitala.

13. Prawo do praktyk religijnych

Na terenie szpitala znajduje się kościół rzymskokatolicki – pacjenci mogą uczestniczyć w organizowanych w nim codziennie mszach świętych. Kapelan świadczy również posługę duszpasterską na terenach oddziałów – informację o tym fakcie wywieszono na tablicach informacyjnych na korytarzach oddziałów. Według informacji uzyskanych od dyrektora, szpital nie utrzymuje kontaktów z przedstawicielami innych wyznań.

Pacjenci, z którymi rozmawiali przedstawiciele KMP, nie zgłaszali uwag odnośnie możliwości wykonywania praktyk religijnych.

14. Dobre praktyki

Krajowy Mechanizm Prewencji bardzo pozytywnie ocenia fakt, iż dla pacjentów internowanych przebywających na Oddziałach Psychiatrii Ogólnej B i C w warunkach podstawowego zabezpieczenia, raz w tygodniu organizowane są wyjścia poza teren szpitala, co jest podyktowane korzystnym wpływem kontaktu ze światem zewnętrznym na przebieg terapii.

Jako dobrą praktykę należy także wskazać zapewnienie pacjentom możliwości

zamykania na klucz swoich rzeczy w szafkach oraz zamykania produktów żywnościowych w zamykanych na klucz lodówkach.

Pozytywne wrażenie na wizytujących wywarł również profesjonalnie wydawany miesięcznik „Zygzak”, zawierający wiele interesujących artykułów dotyczących życia pacjentów wizytowanej placówki, a także pacjentów Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Neuropsychiatrycznego w Opolu.

15. Zalecenia

Na podstawie art. 19 Protokołu Fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, Krajowy Mechanizm Prewencji zaleca:

1. Dyrektorowi Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Branicach:

- 1.1.** zwiększenie liczby personelu lekarskiego na oddziałach D2 i B5;
- 1.2.** zatrudnienie drugiego lekarza dyżurnego;
- 1.3.** objęcie praktycznymi szkoleniami dotyczącymi stosowania przymusu bezpośredniego wszystkich członków personelu, którzy sprawują bezpośrednią opiekę nad pacjentami oraz każdorazowe potwierdzanie w dokumentacji osobowej personelu faktu odbycia wszelkich, również teoretycznych, szkoleń z tego zakresu;
- 1.4.** zwiększenie liczby zajęć grupowych, z uwzględnieniem odpowiedniej liczby kwalifikowanych psychoterapeutów;
- 1.5.** opracowanie tygodniowego planu zajęć terapeutycznych na oddziale C;
- 1.6.** terminowe przekazywanie do sądów opinii dotyczących stanu zdrowia pacjentów;
- 1.7.** każdorazowe rejestrowanie skarg składanych przez pacjentów w formie ustnej;
- 1.8.** wyodrębnienie warsztatów terapii zajęciowej na oddziale B5;

- 1.9. zmniejszenie pojemności sal nr 220 na oddziale B oraz 219 w oddziale D2 w celu zapewnienia przebywającym w niej pacjentom warunków gwarantujących prywatność oraz intymność;
- 1.10. zaprzestanie prewencyjnego stosowania przymusu bezpośredniego i stosowanie go zgodnie z przesłankami określonymi w przepisach ustawy o ochronie zdrowia psychicznego;
- 1.11. prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z treścią rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, w tym wyeliminowanie nieprawidłowości opisanych w punktach 4, 5, 7 i 9 niniejszego raportu;
- 1.12. określenie, który z planów zajęć terapeutycznych na oddziałach D2 i B5 jest właściwy;
- 1.13. zapewnienie wszystkim pacjentom szpitala dostępności do łóżek z 3 stron;
- 1.14. zaprzestanie przez dyrektora do spraw leczenia uczestnictwa w obradach komitetu terapeutycznego;
- 1.15. zamieszczenie w miejscach ogólnodostępnych informacji kontaktowych do pozostałych instytucji, poza Rzecznikiem Praw Pacjenta, do których pacjenci mogą zwrócić się w sytuacji naruszenia tych praw, w tym: Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem ogólnopolskiej bezpłatnej infolinii – 800 676 676), sędziego penitencjarnego, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.

2. Rzecznikowi Praw Pacjenta:

2.1 podjęcie działań na rzecz zapewnienia w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Branicach Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

Opracował: Michał Kleszcz

Michał Kleszcz
Główny specjalista

Za Zespół podpisuje:

DYREKTOR ZESPOŁU
Justyna Róża Lewandowska