

Warszawa, dnia 8 listopada 2017 r.

KMP.574.15.2017.KK

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji oddziału psychiatrycznego
7 Szpitala Marynarki Wojennej w Gdańsku
(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), dalej jako: OPCAT, oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 27-28 września 2017 r. do oddziału psychiatrycznego 7 Szpitala Marynarki Wojennej w Gdańsku przy ul. Polanki 117 udali się przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej jako: KMPT) Przemysław Kazimirski (Zastępca Dyrektora Zespołu, prawnik), Marcin Kusy (prawnik), Łukasz Musiałkowski (pedagog resocjalizacyjny) oraz Klaudia Kamińska (prawnik).

Celem wizytacji zapobiegawczej przedstawicieli KMPT było sprawdzenie na miejscu sposobu przestrzegania praw osób umieszczonych w oddziale psychiatrycznym, 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 2017 r., poz. 882), dalej jako: u.o.z.p.].

W czasie wizytacji pracownicy BRPO wykonali następujące czynności:

- przeprowadzili rozmowę wstępną z kmdr dr n. med. Dariuszem Juszcakiem – Komendantem Szpitala oraz mgr piel. Katarzyną Erdanowską – Pielęgniarką Oddziałową Oddziału Psychiatrycznego,
- dokonali oglądu pomieszczeń, z których mogą korzystać pacjenci oddziału, w tym: sal pacjentów, sanitariatów, dyżurki pielęgniarek, gabinetu zabiegowego, stołówki, biblioteki oraz sali terapii,
- przeprowadzili rozmowę indywidualną z jedną z osób, która wyraziła taką chęć,
- sprawdzili dostosowanie oddziału do potrzeb osób z niepełnosprawnościami,
- dokonali analizy dokumentacji dostępnej na miejscu, w tym m.in. akt osób przyjętych bez zgody, dokumentacji dotyczącej stosowania środków przymusu bezpośredniego, raportów lekarskich, książki pochwał i skarg,
- wykonali dokumentację fotograficzną.

Pracownicy Biura Rzecznika Praw Obywatelskich (dalej: BRPO) poinformowali pielęgniarkę oddziałową o ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności.

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. Raport zawiera także sygnalizowane problemy wymagające zmian o charakterze systemowym.

2. Charakterystyka oddziału

W ramach Szpitala funkcjonuje oddział psychiatrii, do którego zadań należy diagnostyka oraz leczenie chorób i zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń afektywnych, zaburzeń psychotycznych, zaburzeń nerwicowych oraz zaburzeń psychicznych wynikające z organicznego uszkodzenia CUN. Ponadto oddział ma obowiązek zabezpieczenia łóżek dla żołnierzy czynnie uczestniczących w działaniach wojennych jak i ich rodzin.

Oddział dysponuje 35 miejscami i tyle też osób przebywało w trakcie wizytacji. W dniach wizytacji nie było żadnego pacjenta umieszczonego bez zgody. Ponadto z

wyjaśnien dyrekcji wynika, iż do szpitala nie są przyjmowania pacjenci w sytuacji pełnego obłożenia Oddziału oraz w stanie ciężkich psychoz.

3. Problemy systemowe

3.1 Warunki bytowe

W obszarze zapewnienia odpowiednich warunków bytowych przedstawiciele KMPT zwrócili uwagę na fakt, iż nie każde łóżko miało zapewniony dostęp z trzech stron. Jest to sprzeczne z § 18 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), zgodnie z którym łóżka w pokojach łózkowych są dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.

3.2 Instalacja przyzywowa

W trakcie wizytacji stwierdzono brak instalacji systemu alarmowo - przyzywowego. W ocenie reprezentantów KMPT przyciski alarmowo-przyzywowe powinny być dostępne we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez chorych (zarówno w salach chorych, jak i toaletach). Podkreślić należy, iż instalacja przyzywowa umożliwia szybką interwencję personelu medycznego w sytuacjach kryzysowych związanych z nagłymi zapaściami zdrowotnymi pacjentów. Montaż sygnalizacji alarmowo-przyzywowej ma szczególne znaczenie dla osób z niepełnosprawnościami, które zgodnie z wymogami Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych¹ powinny mieć zapewnione różne formy pomocy osób, szeroko rozumianą dostępność umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi oraz którym w zakresie wolności i bezpieczeństwa osobistego, powinno się zapewnić racjonalne usprawnienia.

Dostrzegając powyższy brak w przepisach, Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się do Ministra Zdrowia² o rozważenie podjęcia działań legislacyjnych polegających na

¹ Przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. i ratyfikowanej przez Polskę w dniu 6 września 2012 r.

² Wystąpienie generalne RPO z dnia 22.05.2017 r. do MZ, KMP.574.4.2017.

wprowadzeniu stosowanego wymogu w obowiązujących przepisach. W odpowiedzi z dnia 29.06.2017 r.³ Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia poinformował Rzecznika, że o opinię w tej sprawie został poproszony konsultant krajowego w dziedzinie psychiatrii oraz konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii i młodzieży. Po otrzymaniu stanowiska, Rzecznik zostanie powiadomiony o decyzji Ministra Zdrowia.

4. Obszary wymagające poprawy

4.1 Stosowanie przymus bezpośredniego w formie unieruchomienia na prośbę pacjenta

W trakcie analizy dokumentacji dotyczącej stosowania przymusu bezpośredniego, uwagę wizytujących zwrócił przypadek osoby, wobec której zastosowano unieruchomienie na jej własne życzenie. Należy wskazać, że podczas wizytacji przeprowadzanych w oddziałach psychiatrycznych niejednokrotnie przedstawiciele KMPT spotkali się z praktyką stosowania przymusu bezpośredniego na prośbę pacjenta⁴. Nie jest to jednak działanie oparte na obowiązujących przepisach prawa.

Zgodnie z art. 3 pkt 6 u.o.z.p., formami przymusu bezpośredniego jest przytrzymanie (doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej), przymusowe zastosowanie leków (doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby - bez jej zgody), unieruchomienie (obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych) oraz izolacja (umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu). Natomiast zgodnie z art. 18 ust. 1 w/w ustawy, 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 niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jego otoczeniu, albo poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

³ Odpowiedź Podsekretarza Stanu w MZ z dnia 29.06.2017 r., OZO.073.21.2017/CP.

⁴ zob. m.in. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w roku 2016.

Aktem określającym sposób stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi, dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego jest rozporządzenie 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).

Należy również wskazać, że na podstawie art. 18 ust. 2 u.o.z.p. o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. Jeśli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje i osobiście nadzoruje jego wykonanie pielęgniarka. Jest ona również zobowiązana do bezzwłocznego zawiadomienia o tym fakcie lekarza.

Analiza w/w przepisów pozwala na jednoznaczne stwierdzenie, że w obowiązującym systemie prawnym nie ma podstaw do stosowania przymusu bezpośredniego wyłącznie w oparciu o prognozowane ryzyko dokonania samouszkodzenia, czy deklarowanie myśli samobójczych. Ustawodawca bowiem wskazał konkretne przesłanki opisane w u.o.z.p. mogące uzasadnić zastosowanie przymusu bezpośredniego. Należy również podkreślić, że podmiotem decydującym o zastosowaniu takich środków zgodnie z literą prawa jest lekarz, a nie sam pacjent. Ponadto unieruchomienie ma na celu opanowanie podniecenia psychoruchowego, gwałtownych, zachowań niszczycielskich oraz eliminację bezpośrednich zagrożeń dla pacjenta i innych osób, a nie niedopuszczenia do powstania tego rodzaju zachowań.

W przedmiotowej kwestii warto również wskazać na opinię prof. dr hab. n. med. Jacek Wciórka – Kierownik I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Jego zdaniem personel nie powinien spełniać automatycznie prośby pacjenta, ale zapewnić mu odpowiednią opiekę terapeutyczną lub psychologiczną, która zneutralizuje zbliżający się atak. Spełnianie takich próśb niesie bowiem za sobą niebezpieczeństwo utrwalania w postawie konkretnych pacjentów ich pewnych nawyków, przyzwyczajzeń, które pozbawione jest zupełnie charakteru leczniczego.

Ponadto analiza rejestru stosowania przymusu bezpośredniego wykazała, iż w czynnościach tych biorą udział 3 osoby. Tymczasem sprawne i bezpieczne przeprowadzenia zastosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia wymaga udziału 5 osób (po jednej osobie dla zabezpieczenia kończyn, jedna osoba zabezpiecza głowę). Należy podkreślić, że takie działanie jest zgodne z uzasadnieniem

w/w rozporządzenia dot. przymusu bezpośredniego, zgodnie z którym efektywne i bezpieczne zastosowanie przymusu bezpośredniego, tj. samo jego wykonanie, wobec silnej i sprawnej fizycznie osoby wymaga udziału 5 osób.

4.2 Oddziaływania terapeutyczne

Podczas rozmów z personelem, a także analizy dokumentacji ustalono, iż zajęcia terapeutyczne prowadzone są 5 razy w tygodniu w dni robocze, w tym dwa razy w godzinach popołudniowych. Zajęcia odbywają się w poniedziałek, środę oraz piątek od 7.30 do 15.00. Natomiast we wtorek i czwartek od 12.00 do 19.30. W weekendy nie jest zapewniany dostęp do żadnych form aktywizacji pacjentów.

Należy mieć jednak na uwadze, że na podstawie § 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.

5. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT, przedstawiciele KMP zalecają Komendantowi 7 Szpitala Marynarki Wojennej w Gdańsku:

1. zapewnienie dostępności do łóżek pacjenta z trzech stron, stosownie do przepisów prawa,
2. zainstalowanie instalacji przyzywowej w salach pacjentów,
3. zapewnienie pacjentom dostępu do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną również w weekendy,
4. wyeliminowanie nieprawidłowości dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego opisanych w pkt 4.1 raportu.