

Raport
przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji
z wizytacji Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Złotoryi
(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) oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 4-7 czerwca 2018 r. do Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Złotoryi (zwanego dalej Szpitalem, placówką) udali się przedstawiciele Zespołu „Krajowy Mechanizm Prewencji” (zwanego dalej KMP lub Mechanizmem): Przemysław Kazimirski – p.o. Dyrektora Zespołu oraz Klaudia Kamińska (prawnik) i Tomasz Górecki (psycholog, psychoterapeuta). W wizytacji wzięła również udział Zastępca Pełnomocnika Terenowego Rzecznika Praw Obywatelskich we Wrocławiu dr Natalia Kłaczyńska (prawnik).

Celem wizytacji KMP, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzenie sposobu traktowania pacjentów przebywających w placówce, w celu wzmocnienia, jeśli to niezbędne, ich ochrony przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawianie rekomendacji właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków osób pozbawionych wolności i zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, mając na uwadze odpowiednie standardy organizacji międzynarodowych. Reprezentanci Mechanizmu interesowali się szczególnie traktowaniem pacjentów przebywających w Szpitalu 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: u.o.z.p.).

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- przeprowadzono rozmowę z dyrektorem Szpitala;
- dokonano oglądu pomieszczeń, w tym: sal chorych, gabinetów lekarskich, sali terapii zajęciowej, sanitariatów;
- w toku oglądu przeprowadzono rozmowy z pracownikami Szpitala;
- przeprowadzono rozmowy indywidualne z wybranymi pacjentami umieszczonymi w Szpitalu bez ich zgody, którzy przebywali tam w czasie w wizytacji;
- poddano analizie wybraną dokumentację dostępną na miejscu, m.in. dokumentację medyczną ww. pacjentów, w tym dokumentację stosowania wobec nich środków przymusu bezpośredniego.

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną.

Następnie wizytujący poinformowali dyrektora Szpitala oraz jego zastępcę ds. leczniczych o ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności, a także wysłuchali ich uwag i wyjaśnień.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano wybraną dokumentację związaną z funkcjonowaniem Szpitala.

W przedmiocie zainteresowania przedstawicieli KMP podczas przeprowadzanych przez nich wizytacji 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 nie opisywano całokształtu funkcjonowania Szpitala w zakresie tych zagadnień, lecz uwzględniono jedynie te obszary, które w ocenie przedstawicieli KMP wyróżniają jednostkę na tle pozostałych oraz te, które wymagają poprawy. Raport zawiera również sygnalizowane problemy o charakterze systemowym, wymagające zmiany na poziomie obowiązującego prawa.

2. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. pacjent, członek personelu) lub organizacja, która przekazała KMPT informację nie może ponieść jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie czy udzieliła informacji prawdziwej, czy fałszywej.

Wskazany przepis OPCAT stanowi bowiem, że żadna władza lub funkcjonariusz nie nakaze, nie zastosuje, nie pozwoli ani nie dopuści do stosowania jakiejkolwiek sankcji przeciwko jakiejkolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiejkolwiek informacji, prawdziwej bądź fałszywej, i żadna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób.

3. Charakterystyka placówki

Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotorzy jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem tworzącym jest Województwo Dolnośląskie. Przeznaczony jest dla dorosłych kobiet i mężczyzn. Składa się z trzech oddziałów, z których jeden ma charakter odcinka zamkniętego. Dysponuje 177 miejscami.

4. Dobre praktyki

Za dobre praktyki związane z traktowaniem pacjentów KMP uznał:

- wyodrębnienie oddziału zamkniętego i oddziałów otwartych; w ocenie personelu placówki rozdzielanie pacjentów ze łżejszymi schorzeniami od tych wymagających izolacji przynosi pozytywny efekt terapeutyczny, poza tym umożliwia stosowanie w każdym z tych oddziałów jednolitych zasad pobytu wobec wszystkich pacjentów, w przeciwieństwie do oddziałów mieszanych; skupienie pacjentów z cięższymi schorzeniami na jednym oddziale pozwala bardziej efektywnie zapewnić im wzmożoną opiekę, jakiej potrzebują;
- możliwość swobodnego wychodzenia poza teren Szpitala dla pacjentów z oddziałów otwartych; łagodzi to poczucie wyobcowania związane z hospitalizacją, pozwala również, w przypadku pacjentów miejscowych, na podtrzymywanie więzi rodzinnych;
- zagospodarowanie dla potrzeb pacjentów obszernego terenu zielonego wokół Szpitala.

5. Problemy systemowe

Monitoring wizyjny zainstalowano w Szpitalu w salach chorych na odcinku zamkniętym oraz na korytarzach. 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. z 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.

Nie kwestionując co do zasady potrzeby stosowania monitoringu w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom, przedstawiciele Mechanizmu zwracają uwagę, że aktualnie praktyka ta odbywa się bez podstawy prawnej (u.o.z.p. przewiduje stosowanie monitoringu jedynie w pomieszczeniu przeznaczonym do izolacji – art. 18e ust. 2). Dostrzegając konieczność uregulowania tej kwestii, w dniu 5 stycznia 2016 r. Rzecznik Praw Obywatelskich skierował wystąpienie generalne do Ministra Zdrowia¹, 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. wynikało, że postulaty zgłoszone przez Rzecznika zostaną uwzględnione przy planowanej nowelizacji u. o. z. p. Kolejne nowelizacje ustawy nadal nie obejmowały jednak wspomnianej materii, w związku z czym Rzecznik kontynuował korespondencję z Ministerstwem Zdrowia. W piśmie z dnia 22 maja 2018 r. Minister Zdrowia wyraził pogląd, iż stosowanie monitoringu w miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych jest niezgodne z prawem jako naruszające prawa obywatelskie i prawa pacjenta, natomiast monitoring w innych pomieszczeniach może być prowadzony na zasadach ogólnych, jednakże regulacja tego zagadnienia wykracza poza kompetencje Ministra².

W odpowiedzi na to wystąpienie Rzecznik Praw Obywatelskich ponowił wniosek do Ministra Zdrowia o przedłożenie w ramach posiadanej inicjatywy ustawodawczej projektu przepisów regulujących stosowanie monitoringu wizyjnego w szpitalach³.

¹ Wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z 5 stycznia 2016 r., KMP.574.8.2015

² Odpowiedź Podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 5 lutego 2018 r., IK:1265525

³ Wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2018 r., KMP.574.8.2015

6. Nieprawidłowości stwierdzone podczas wizytacji

a) Traktowanie przez personel wizytowanych oddziałów

Zastrzeżenia wizytujących wzbudziło stosowanie przymusu bezpośredniego na życzenie pacjenta. Personel Szpitala poinformował, że sporadycznie pacjenci proszą o zapięcie w pasy odczuwając zbliżające się pobudzenie. Przesłanki zastosowania przymusu bezpośredniego określone są w art. 18 i art. 34 u.o.z.p. Są nimi: dopuszczanie się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby albo bezpieczeństwu powszechnemu, gwałtowne niszczenie lub uszkodzanie przedmiotów znajdujących się w otoczeniu, poważne zakłócanie lub uniemożliwianie funkcjonowania podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej, konieczność dokonania niezbędnych czynności leczniczych, o których mowa w art. 33 ustawy oraz prawdopodobieństwo samowolnego opuszczenia przez pacjenta szpitala psychiatrycznego. Zatem samo tylko przewidywanie powstania (choćby rychłego) niebezpiecznych sytuacji nie upoważnia do stosowania przymusu bezpośredniego i w ocenie wizytujących należy zaprzestać tej praktyki. Poza argumentami natury prawnej, należy również wskazać na opinię prof. dr hab. n. med. Jacka Wciórki – Kierownika I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, którego zdaniem personel nie powinien spełniać automatycznie prośby pacjenta, Jeśli pacjent prosi o prewencyjne zastosowanie wobec niego unieruchomienia, należy zapewnić mu odpowiednią opiekę terapeutyczną, która zneutralizuje zbliżający się atak. Proste spełnianie prośb pacjentów niesie za sobą ryzyko utrwalenia w ich postawie pewnych nawyków, przyzwyczajień, które pozbawione jest zupełnie charakteru leczniczego. Dlatego też przedstawiciele KMP zalecają odstąpienie od stosowania unieruchomienia wyłącznie na prośbę pacjenta.

Analiza dokumentacji stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia wykazała, że niekiedy decyzję o przedłużeniu stosowania tego środka podejmowała pielęgniarka. Przedstawiciele Mechanizmu zwracają uwagę, że jedynym podmiotem uprawnionym do decydowania o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego jest lekarz (art. 18a ust. 8 i 9 u.o.z.p.)

Ponadto nie zawsze do decyzji o przedłużeniu stosowania tego środka dołączona była opinia drugiego lekarza psychiatry. Tymczasem zgodnie z art. 18a ust. 10 u.o.z.p., „*przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na*

każdy z kolejnych okresów, o których mowa w ust. 8 i 9 wymaga uzyskania opinii innego lekarza będącego lekarzem psychiatrą”. Zatem już przy pierwszym przedłużeniu stosowania unieruchomienia, czyli przy stosowaniu go powyżej 4 godzin, konieczna jest opinia drugiego lekarza.

Przedstawiciele KMP zalecają więc, by decyzję o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego podejmował każdorazowo lekarz, zaś przed przedłużeniem stosowania tego środka zasięgać opinii drugiego lekarza.

Przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia wykonywany jest w stosunku do mężczyzn w przeznaczonym do tego jednoosobowym pomieszczeniu. Brak natomiast analogicznego pomieszczenia dla kobiet. Jeżeli więc zachodzi potrzeba unieruchomienia pacjentki, ma to miejsce w jednej z sal trzyosobowych, gdzie znajduje się łóżko wyposażone w pasy. Z dokonanych przez wizytujących ustaleń wynika, że unieruchomionej pacjentki nie odgradza się od pozostałej części sali parawanem – nawet, gdy przebywają tam inne pacjentki. Personel Szpitala wyjaśnił, że w przeszłości zdarzały się przypadki wykorzystywania przez agresywnych pacjentów parawanu jako narzędzia niebezpiecznego, dlatego zaprzestano ich stosowania. W efekcie pacjentki pozostają w czasie stosowania unieruchomienia w zasięgu wzroku innych pacjentek, co pozbawia ich intymności i może naruszać ich godność. Przykładem takiej sytuacji może być skarga jednej z pacjentek, w której podnosiła ona, że w obecności innych osób leżała w czasie unieruchomienia bez przykrycia pościelą i bez ubrania (ostrzy stan psychiatryczny powodował zrzucanie przez nią pościeli i odzieży).

Przedstawiciele Mechanizmu zwracają uwagę, że pozostawianie człowieka przypiętego pasami do łóżka na widoku innych osób, zwłaszcza, gdy jest on nagi, może być rozpatrywane w kategoriach nieludzkiego i poniżającego traktowania. Prawo do ochrony godności jest podstawowym, nienaruszalnym prawem jednostki (art. 30 Konstytucji) i żadne względy, w tym trudności organizacyjne, nie uzasadniają naruszeń tego prawa. Stosując przymus bezpośredni należy bezwzględnie zadbać o poszanowanie godności pacjenta. Najbardziej właściwym sposobem stosowania unieruchomienia jest w tym kontekście umieszczenie pacjenta w pomieszczeniu jednoosobowym. Takie też rozwiązanie przyjęto w art. 18d u.o.z.p., zgodnie z którym osobę, wobec której zastosowano przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia, umieszcza się w pomieszczeniu jednoosobowym. Art. 18d ust. 2 dopuszcza w drodze wyjątku stosowania unieruchomienia także w innych pomieszczeniach, zastrzegając jednakże, że w takim przypadku należy pacjenta osłonić od innych osób oraz zapewnić

poszanowanie jego godności i intymności. Również Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (dalej: CPT) zwraca uwagę, że pacjent nie powinien być poddawany mechanicznym środkom przymusu bezpośredniego (do których należy unieruchomienie) w polu widzenia innych pacjentów, chyba, że sam o to prosi (Standardy CPT w zakresie przymusu bezpośredniego stosowanego wobec dorosłych pacjentów szpitali psychiatrycznych [CPT/Inf(2017)6])⁴. Przedstawiciele KMP rekomendują więc zaprzestanie stosowania unieruchomienia w pomieszczeniach, w których przebywają osoby trzecie.

Analiza raportów pielęgniarskich wykazała przypadki wydawania unieruchomionym pacjentom pieluchomajtek na czas trwania przymusu bezpośredniego, co świadczyć może o niestosowaniu chwilowych zwolnień pacjentów z unieruchomienia, w celu załatwienia przez nich potrzeb fizjologicznych. Z drugiej strony w kartach obserwacji pacjentów, wobec których stosowane było unieruchomienie, brak adnotacji wskazujących na chwilowe zwolnienie pacjenta. Personel Szpitala nie zaprzeczył zresztą, że praktyka zaopatrywania pacjentów w pieluchomajtki jest stosowana, a jeden z lekarzy stwierdził wręcz, że ma ona miejsce w większości przypadków, gdyż doprowadzenie pacjenta pobudzonego (a tacy na ogół podlegają unieruchomieniu) do łazienki absorbuje zbyt dużą liczbę pracowników oddziału, którzy nie mogą pełnić w tym czasie swoich innych obowiązków. W ocenie KMP praktyka taka jest niedopuszczalna. Zgodnie z § 11 ust. 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), pielęgniarka zapewnia krótkotrwale 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. Warto zauważyć, że przepis nie uzależnia zwolnienia od zachowania pacjenta. Nie nakazuje również, by zwolnienia nie odbywały się wcześniej niż przed upływem 4 godzin. Wizytujący zdają sobie sprawę, że stosowanie unieruchomienia jest konieczne w celu zapewnienia bezpieczeństwa samego pacjenta lub innych osób, lecz czynność ta musi być przeprowadzona w odpowiedni, zgodny z przepisami prawa sposób i poddana stałemu nadzorowi. Należy mieć też na względzie, że stosowanie długotrwałego unieruchomienia jest czynnością ingerującą bezpośrednio w wolność człowieka oraz jego poczucie godności. Personel powinien zatem podjąć wszystkie rozsądne wysiłki w celu ewentualnego

⁴ Dokumenty CPT dostępne na stronie <http://www.cpt.coe.int>

zminimalizowania poczucia upokorzenia, czy zażenowania osoby, wobec której jest stosowane.

Ze względów humanitarnych oraz kierując się obowiązującymi przepisami, przedstawiciele KMP zalecają wykorzystywanie chwilowych zwolnień pacjentów z unieruchomienia również w celu umożliwienia im skorzystania z toalety.

Wątpliwości wizytujących budzi zapewnienie pacjentom ochrony przed zachowaniami autoagresywnymi, które mogą zagrozić ich zdrowiu lub życiu. W analizowanej dokumentacji znajdowały się zapisy o dokonaniu przez jedną z pacjentek samookaleczenia poprzez dokonanie cięć na ramieniu. Uwagę wizytujących zwróciły dwie okoliczności. Po pierwsze, rany cięte pacjentki zostały zauważone przez personel placówki dopiero następnego dnia po tym, jak je sobie zadała i wtedy też je zaopatrzone (zapisy w rejestrze zdarzeń nadzwyczajnych, raporcie pielęgniarstka i lekarskim). Po drugie, nie była to pierwsza tego typu sytuacja, pacjentka ta przez cały okres pobytu w Szpitalu sygnalizowała skłonność do autoagresji i myśli rezygnacyjne, dokonała również w tym czasie kilku samookaleczeń.

Na podsumowaniu wizytacji zastępca dyrektora Szpitala ds. leczniczych wyraziła pogląd, że obrażenia, jakie zadała sobie pacjentka, były manifestacją choroby i nie stanowiły zagrożenia dla zdrowia i życia pacjentki, gdyż były płytkimi nacięciami skóry. Wyeliminowanie tego rodzaju zachowań na terenie Szpitala jest zaś w jej ocenie nierealne, gdyż samookaleczenia dokonać można przy użyciu przedmiotów codziennego użytku.

Przedstawiciele KMP mają świadomość, iż skłonność do samookaleczeń występować może w przebiegu choroby i jako taką trudno ją usunąć. Należy jednak podjąć wysiłki, by skłonność ta nie realizowała się w zachowaniach. Każde samookaleczenie stanowi zagrożenie dla zdrowia pacjenta, za które szpital jest odpowiedzialny. Rozróżnianie obrażeń groźnych i niezagrażających życiu może zaś okazać się ryzykowne. Wobec pacjenta wykazującego stałą skłonność do autoagresji należałoby rozważyć stosowanie wzmożonego nadzoru i usunięcie z jego zasięgu potencjalnie niebezpiecznych przedmiotów. Wskazana byłaby również analiza trafności działań terapeutycznych podejmowanych wobec pacjenta o skłonności do samookaleczeń w celu wyeliminowania tej skłonności. KMP rekomenduje więc dokonanie analizy działań podejmowanych przez Szpital w przypadku ujawnienia samookaleczenia, w celu zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów.

b) Sytuacja osób z niepełnosprawnościami

Placówka nie jest w wielu obszarach dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością. Jako przykład można wskazać łazienki dla pacjentów. Nie są one wyposażone w uchwyty ściennie dla osób mających problemy z poruszaniem się, wymiary i kształt armatury sanitarnej również nie są dostosowane do potrzeb takich osób, do kabin prysznicowych prowadzą kilkunastocentymetrowe progi, brak w nich siedzisk dla osób niepełnosprawnych ruchowo.

Przedstawiciele KMP zalecają więc, by przy okazji modernizacji placówki pamiętać o następujących zasadach, poprawiających jakość jej dostosowania do potrzeb osób z niepełnosprawnościami:

- progi i brodziki prysznicowe nie przekraczające 2 cm;
- klamki (w tym klamki okienne), wieszaki, półki, przyciski instalacji przyzywowej, włączniki światła, kontakty etc. zamontowane nie wyżej niż na poziomie 90-120 cm od podłoża;
- tablice informacyjne zawieszane na poziomie umożliwiającym przeczytanie ich treści również przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich;
- przestrzeń manewrowa 150 cm x 150 cm powinna zostać zachowana we wszystkich łazienkach i pokojach użytkowanych przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich;
- w łazienkach wykorzystywanych przez osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich warto pamiętać o:
 - wskazanej wyżej przestrzeni manewrowej i wysokości brodzika prysznicowego,
 - odpowiednio nisko zawieszonych lustrach (najlepiej zaczynających się od poziomu umywalki),
 - włącznikach światła, kontaktach, klamkach, dozownikach mydła, wieszakach na papier na wysokości: 90-120 cm,
 - wysokości muszli ustępowej: 45-50 cm,
 - poręczy w odległości 40 cm od osi muszli, umieszczonej na wysokości: 70-85 cm,
 - zastosowaniu w miejsce kurków, baterii umywalkowych, dostępnych dla osób ze słabszymi rękami (dłuższych).

Wymienione zasady ustalone zostały przez przedstawicieli Fundacji Polska bez barier, zgodnie ze standardami planowania dostępności i uznane za optymalne dla odpowiedniego dostosowania placówek wizytowanych przez przedstawicieli KMP.

c) Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne

Zajęcia terapeutyczne dla pacjentów Szpitala odbywają się jedynie w dni robocze, od poniedziałku do piątku. Jest to niezgodne ze standardami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych (Dz. U. z 2014 r., poz. 522). Zgodnie z § 6 ust. 2 rozporządzenia „w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy pacjentom zapewnia się również dostęp do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną”. Także CPT zwraca uwagę na konieczność zapewnienia pacjentom szpitali psychiatrycznych szerokiego dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i terapeutycznych, obejmującego terapię zajęciową, grupową, arteterapię, muzykoterapię itp. (§ 37 Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98)12]).

Wizytujący zwrócili uwagę na sygnalizowane przez personel placówki niewystarczające warunki lokalowe do prowadzenia terapii zajęciowej. Spotkania w ramach tej terapii przygotowywane dla pacjentów wszystkich trzech oddziałów odbywają się w jednej niewielkiej sali, w której dodatkowo prowadzone są zajęcia relaksacyjne. Wielofunkcyjność tej sali utrudnia właściwe zaplanowanie zajęć dla wszystkich pacjentów, a jej ciasnota uniemożliwia przechowywanie materiałów i narzędzi niezbędnych do prowadzenia wartościowej terapii zajęciowej.

Przedstawiciele Mechanizmu zalecają więc zorganizowanie zajęć terapeutycznych dla pacjentów także w dni wolne od pracy, jak również rozważenie wygospodarowania dodatkowego pomieszczenia, które mogłoby być wykorzystywane na potrzeby terapii zajęciowej.

6. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT, przedstawiciele KMP zalecają dyrektorowi Szpitala:

1. odstąpienie od stosowania unieruchomienia na prośbę pacjenta;
2. przedłużanie stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia lub izolacji wyłącznie przez lekarza;

3. zasięgnięcie opinii drugiego lekarza psychiatry przy przedłużaniu stosowania środka przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia lub izolacji;
4. zaprzestanie stosowania unieruchomienia w pomieszczeniach, w których przebywają osoby trzecie;
5. wykorzystywanie chwilowych zwolnień pacjentów z unieruchomienia również w celu umożliwienia im skorzystania z toalety;
6. dokonanie analizy działań podejmowanych przez Szpital w przypadku ujawnienia samookaleczenia;
7. uwzględnienie w ramach prowadzonych prac remontowych potrzeb osób z niepełnosprawnościami;
8. zapewnienie pacjentom zajęć terapeutycznych w dni wolne od pracy;
9. rozważenie wygospodarowania dodatkowego pomieszczenia na potrzeby terapii zajęciowej.