

Warszawa, dnia 29 grudnia 2016 r.

KMP.574.18.2016.MK

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji**  
**z wizytacji oddziału psychiatrycznego Samodzielnego Publicznego ZOZ**  
**w Głuchołazach**  
**(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 dniu 12-13 października 2016 r. do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Głuchołazach udali się przedstawiciele Zespołu „Krajowy Mechanizm Prewencji” (dalej: KMP, Mechanizm): dr Justyna Józwiak (politolog w zakresie resocjalizacji, socjolog) oraz Rafał Kulas i Marcin Kusy (prawnicy).

Celem wizytacji zapobiegawczej przedstawiciele KMP było sprawdzenie na miejscu sposobu przestrzegania praw osób umieszczonych w oddziale psychiatrycznym (dalej: oddział), dokonując oceny pod względem ich ochrony przed torturami oraz innym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem. Reprezentanci Mechanizmu 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. Arturem Grychowskim - Dyrektorem Szpitala;
- dokonano oglądu pomieszczeń, w tym m.in.: sal pacjentów, sanitariatów, sal terapii;
- w toku oglądu przeprowadzono rozmowy z pracownikami oddziału;
- przeprowadzono rozmowy indywidualne z wybranymi pacjentami;
- poddano analizie wybraną dokumentację.

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną.

Pracownicy BRPO poinformowali ordynatora 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 KMP 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 oraz te, które wyróżniają pozytywnie jednostkę na tle pozostałych. Raport zawiera również sygnalizowane problemy o charakterze systemowym, wymagające zmiany na poziomie obowiązującego prawa.

## **2. Charakterystyka oddziału**

Oddział psychiatrii jest zlokalizowany w ramach Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej, przy ul. Lompy 2. Organem stanowiącym nadzór jest Rada Powiatu w Nysie. Oddział przeznaczony jest dla dorosłych kobiet i mężczyzn.

Obowiązujący w dniu wizytacji kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia obejmował 30 łóżek ogólnopsychiatrcznych. Według informacji uzyskanych od pracowników oddziału, w dniu wizytacji przebywało w nim 31 pacjentów. Stan ten nie wymagał jednakże organizowania miejsc dla chorych na korytarzu.

### **3. Problemy systemowe**

Monitoring wizyjny zainstalowano w salach obserwacyjnych. 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. Mocne strony**

Jako dobrą praktykę w wizytowanym oddziale wizytujący uznają procedurę postępowania z pacjentami będącymi ofiarami przemocy seksualnej oraz zasady postępowania wobec osób dotkniętych przemocą w rodzinie. Celem procedur jest rejestracja przebiegu zdarzenia i jego skutków oraz uruchomienie działań podnoszących stan bezpieczeństwa ofiar przemocy. Procedury te jasno wskazują obowiązki pracowników oddziału, którzy podjęli informacje o przemocy, rolę lekarza, działania, które należy podjąć, gdy ofiara nie wyraża woli współpracy.

Niemniej godna polecenia, jako praktyka warta naśladowania przez inne szpitale, jest zapewnienie porozumienia się z pacjentem obcojęzycznym. W szpitalu funkcjonuje lista pracowników ze znajomością języka obcego w stopniu komunikatywnym (angielski,

francuski, niemiecki, czeski) oraz wykaz tłumaczy języków obcych realizujących możliwość komunikacji z pacjentem obcojęzycznym, głuchoniemym i niedosłyszącym.

Generalnie obowiązujące w oddziale procedury postępowania należy uznać za mocną stronę placówki. W oddziale stworzono m.in. zasady opuszczania oddziału, zapoznawania chorych z prawami pacjentów, informowania pacjenta o jego stanie zdrowia i prawie wglądu do dokumentacji medycznej, zachowania zasad prywatności, zapewnienia sposobności odwiedzin. Zdaniem wizytujących ujednolicenie i sprecyzowanie norm obowiązujących pracowników zapewnia stosowanie przez nich jednego standardu zachowania w danej sytuacji.

W oddziale istnieje możliwość, poza zapewnianym przez Szpital bezpłatnym wyżywieniem, wykupienia posiłków ponad standardowych dwóch dań obiadowych. Cena posiłku wynosi 8 zł. Zdaniem wizytujących, praktykę dodatkowego ciepłego posiłku, również należy uznać za dobrą.

## **5. Nieprawidłowości stwierdzone podczas wizytacji**

### **a) 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 Szpitalu (postanowienia sądu).

Wizytujący zwrócili uwagę, iż o przyjęciu pacjenta wbrew woli na oddział z reguły decyduje tylko jeden lekarz, nie zasięgając opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa. Co prawda art. 23 ust. 2 ustawy stanowi o *zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa*, jednak na pewno takie możliwości istnieją w sytuacji, gdy pacjent jest przyjmowany w godzinach 8.00-15.00 w dzień powszedni. Ponadto w ocenie przedstawicieli KMP opinia taka stanowi dodatkowe zabezpieczenie pacjenta przed ewentualną pomyłką lekarską i powinna być w tym przypadku powszechnym standardem. Należy mieć bowiem na względzie, że przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody stanowi głęboką ingerencję w podstawowe wolności człowieka. W takim przypadku organy władzy publicznej powinny dołożyć wszelkich starań w zakresie zapobiegania ewentualnym pomyłkom w ocenie przesłanek uzasadniających pobyt. Warto w tym miejscu odwołać się do standardów Europejskiego Komitetu ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT), który wskazał, że osoby chore psychicznie i niepełnosprawne umysłowo – z racji swojej wrażliwości – wymagają znacznej uwagi, tak aby

uniknąć wszelkich działań – czy też nie dopuścić się zaniechania – na ich szkodę. Wynika z tego, że przymusowe umieszczenie w ośrodku psychiatrycznym powinno być zawsze związane z właściwymi gwarancjami.(...) W procedurze podejmowania decyzji o przymusowym umieszczeniu w ośrodku należy zapewnić gwarancje niezależności i bezstronności, a także obiektywne ekspertyzy lekarskie (Zob. pkt 51 i 52 Fragment Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98) 12], dostępny na stronie: <http://www.cpt.coe.int/lang/pol/pol-standards.pdf>. Przedstawiciele KMP rekomendują aby przy wydawaniu decyzji o przyjęciu pacjenta na Oddział Psychiatrii, jako zasadę przyjmując zasięganie opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa, chyba że nie będzie to możliwe ze względu na jego nieobecność na dyżurze.

#### **b) Traktowanie**

Opierając się na rozmowach przedstawicieli Mechanizmu, 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.

Na oddziale nie ma sali izolacyjnej wykorzystywanej jako forma przymusu bezpośredniego. Najczęściej stosowanym przymusem jest unieruchomienie poprzez użycie pasów. Oddział nie dysponuje pomieszczeniami jednoosobowymi, w których możliwe byłoby stosowanie unieruchomienia. Unieruchomienie realizowane jest w wieloosobowych salach obserwacyjnych. Jak wskazywali pracownicy, podczas unieruchomienia stosowany jest parawan, jednakże nie gwarantuje on intymności, gdyż nie zasłania w całości łóżka pacjenta. Pracownicy BRPO zalecają każdorazowe zapewnienie intymności osobom unieruchomianym w salach wieloosobowych poprzez zwiększenie liczby parawanów.

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 środków 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. Optymalnym rozwiązaniem byłoby wyodrębnienie separarek do stosowania środków przymusu bezpośredniego w ramach ewentualnego remontu generalnego szpitala.

Przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia nie zawsze był wykonywany przez 5 osób. Tymczasem do sprawnego i bezpiecznego przeprowadzenia zastosowania przymusu bezpośredniego w tej formie, jest to niezbędna liczba osób (po jednej osobie dla zabezpieczenia kończyn, jedna osoba zabezpiecza głowę). Warto wspomnieć, że jest to też zgodnie z uzasadnieniem rozporządzenia w sprawie środków przymusu bezpośredniego, cyt. *Efektywne i bezpieczne zastosowanie przymusu bezpośredniego, tj. samo jego wykonanie, wobec silnej i sprawnej fizycznie osoby wymaga udziału 5 osób.*

Pracownicy BRPO mają również zastrzeżenia dotyczące stosowania unieruchomienia z użyciem pasów na życzenie pacjentów, którzy - zgodnie z informacją ordynatora oddziału - zgłaszają personelowi, że źle się czują i że może dojść z ich strony do agresji. Zgodnie z art. 18 ust. 1 u.o.z.p. 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. Na gruncie obowiązującej ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, nie ma podstaw prawnych do stosowania przymusu bezpośredniego wyłącznie w oparciu o prognozowane ryzyko dokonania samouszkodzenia, czy deklarowanie myśli samobójczych. Ustawa nie zna też przesłanki zabezpieczenia pasami na życzenie pacjenta. 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, ale zapewnić mu odpowiednią opiekę terapeutyczną lub psychologiczną, która zneutralizuje zbliżający się atak. Spełnianie takich prośb niesie bowiem za sobą niebezpieczeństwo utrwalania w postawie konkretnych pacjentów ich pewnych nawyków, przyzwyczajzeń, które pozbawione jest zupełnie charakteru leczniczego.

### **c) Warunki bytowe**

Pomieszczenia szpitalne utrzymane są w czystości. Są oświetlone światłem sztucznym i naturalnym. Panuje w nich odpowiednia do pory roku temperatura. Sale pacjentów (2-3 osobowe) są wietrzone (każdy ma dostęp do balkonu) i nie ma w nich zaduchu. Wszyscy pacjenci dysponują łóżkiem szpitalnym i szpitalną szafką przyłóżkową. Część wyposażenia sal była zniszczona i wymaga wymiany. Dotyczy to przede wszystkim części starych łóżek.

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

### **d) Sytuacja pacjentów z niepełnosprawnościami**

Wizytowany oddział nie jest w pełni dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich. W dniu wizytacji przebywał pacjent poruszający się na wózku inwalidzkim, który zademonstrował, iż aby skorzystać z toalety musi zejść z wózka na podłogę, a następnie przeczołgać się do toalety. Podobnie nieodpowiednia wysokość łóżka, sprawiała mu trudności w przedostaniu się na wózek.

W celu lepszego dostosowania istniejącej w oddziałach infrastruktury do potrzeb pacjentów z niepełnosprawnościami pożądanym 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
- ł) 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 z *Fundacją Polska Bez Barrier* i uznane za optymalne z punktu widzenia potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Przedstawiciele KMP 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 KMP rekomendują dokonanie przeglądu pomieszczeń, z których mogą korzystać osoby z niepełnosprawnościami i dostosowanie pomieszczeń, zgodnie ze wskazanymi wyżej standardami, podczas najbliższego remontu oddziału.

## **6. Zalecenia**

Na podstawie art. 19 OPCAT, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji zalecają dyrektorowi Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Głucholazach:

1. zasięgnięcie opinii drugiego psychiatry lub psychologa w wypadku przyjęć do szpitala pacjentów bez ich zgody, chyba że nie będzie to możliwe ze względu na jego nieobecność na dyżurze;
2. stosowanie przymusu bezpośredniego w przypadkach przewidzianych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego;
3. rozważenie możliwości wyodrębnienia jednoosobowego pomieszczenia do stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia;



4. zamontowanie systemu przyzywowego w salach chorych;
5. zapewnienie intymności pacjentom unieruchamianym;
6. dokonanie przeglądu stanu łóżek oraz szafek w salach chorych i wymianę tych w złym stanie;
7. dokonanie przeglądu pomieszczeń, z których mogą korzystać osoby z niepełnosprawnościami i dostosowanie pomieszczeń, zgodnie z przedstawionymi standardami, podczas najbliższego remontu oddziału.