

KMP.574.17.2016.DK

**Raport**  
**przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji**  
**oddziału psychiatrycznego Szpitala Powiatowego w Chrzanowie**  
**(wyciąg)**

**1. Wprowadzenie**

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, zwanego dalej OPCAT) oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 3-4 października 2016 r. do Oddziału Psychiatrycznego Szpitala Powiatowego w Chrzanowie (zwanego dalej: Oddział, placówka), udali się przedstawiciele Zespołu *Krajowy Mechanizm Prewencji* (dalej: KMP lub Mechanizm): Przemysław Kazimirski – zastępca dyrektora Zespołu KMP (prawnik), Dorota Krzysztoń (kryminolog) i Sulimir Szumielewicz (psycholog). Ponadto w wizytacji wziął udział dr n. med. Stanisław Teleśnicki (specjalista psychiatra), którego ekspertyza została uwzględniona w niniejszym raporcie.

Celem wizytacji zapobiegawczej przedstawicieli KMP 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 Mechanizmu interesowali się szczególnie traktowaniem pacjentów przebywających w placówce 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 poz. 546 j.t., dalej u.o.z.p.)].

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

1. przeprowadzono rozmowy m.in. z Waldemarem Stylo - dyrektorem Szpitala, lek. med. Aldoną Świętojańską-Leśniewską - ordynatorem Oddziału, Renatą Bębenek - pielęgniarką koordynującą, Katarzyną Adamczyk – terapeutką zajęciową;
2. dokonano oglądu pomieszczeń, w tym: pokoi pacjentów, sal terapeutycznych i rehabilitacyjnych, sanitariatów;
3. przeprowadzono rozmowy indywidualne z wybranymi pacjentami;
4. poddano analizie wybraną dokumentację, dostępną na miejscu m.in. książki raportów pielęgniarskich, historie chorób losowo wybranych pacjentów przebywających w Oddziale bez zgody, dokumentację dotyczącą stosowania przymusu bezpośredniego.

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną pomieszczeń Oddziału oraz dokonano pomiarów wybranych pomieszczeń.

Pracownicy BRPO poinformowali dyrektora, ordynatora Oddziału psychiatrycznego oraz innych przedstawicieli personelu obecnych podczas podsumowania wizytacji, 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 tym materiały dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego oraz niektóre nagrania z monitoringu wizyjnego przedstawiające jego przebieg. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że analiza przebiegu stosowania środków przymusu była częściowo utrudniona m.in. ze względu na omyłkowe przekazanie wizytującym przy piśmie z dnia 28 października 2016 r. (sygn. DKM-1-091-3/2016) nagrań przedstawiających inną osobę (kobietę) zamiast (*dane osobowe usunięto*). W związku z tym, jego przypadek był zanalizowany częściowo, tj. wyłącznie na podstawie dokumentacji z przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego.

W przedmiocie zainteresowania przedstawicieli KMP każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: legalność pobytu w szpitalu, traktowanie pacjentów przez personel placówki, kwalifikacje personelu, prawo do informacji, prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym, prawo do ochrony zdrowia oraz usług opiekuńczych, terapeutycznych i kulturalno-oświatowych, prawo do praktyk religijnych, warunki bytowe, dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. W niniejszym

raporcie opisano jedynie te obszary, które wymagają poprawy lub pozytywnie wyróżniają Oddział na tle innych placówek. Raport zawiera także sygnalizowane problemy wymagające zmian o charakterze systemowym.

## **2. Ogólna charakterystyka oddziału**

Oddział psychiatryczny jest zlokalizowany w chrzanowskim szpitalu wielospecjalistycznym, który posiada w swoich strukturach m.in. kilkanaście oddziałów różnych typów, w tym dzienny oddział psychiatryczny. Oddział psychiatryczny jest przeznaczony dla osób dorosłych (kobiet i mężczyzn). Jego pojemność wynosi 26 łóżek, wykorzystywanych w zależności od potrzeb (bez podziału na *łóżka męskie i żeńskie*).

## **3. Problemy systemowe**

Poza izolatką, monitoringiem wizyjnym objęta jest świetlica, korytarz, jedna z sal obserwacyjnych z sanitariatem włącznie i palarnia. 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 w dniu 4 listopada 1950 r. (Dz. U. z 1993 r. 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 wizytowanego Oddziału**

Aby uchronić dzieci przed możliwymi negatywnymi doświadczeniami związanymi z kontaktem z innymi pacjentami Oddziału, organizuje się odwiedziny w pokoju do tego służącym. Zgodnie z informacją ordynatora Oddziału, personel informuje osoby chcące odwiedzać pacjentów w towarzystwie małych dzieci, o zagrożeniach dla małoletnich, jakie niesie kontakt dziecka z osobą chorą, która ze względu na zły stan psychiczny wymaga izolacji i leczenia szpitalnego.

W Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie zainstalowane zostało Wi-Fi, dzięki czemu również pacjenci wizytowanego Oddziału mają bezpłatny dostęp do internetu.

#### **5. Obszary wymagające poprawy**

##### **a) Traktowanie pacjentów przez personel**

Pacjenci generalnie chwalili personel Oddziału i nie sygnalizowali, aby ktokolwiek z pracowników Szpitala był wobec nich agresywny werbalnie lub fizycznie.

W wizytowanej placówce stosowany jest przymus bezpośredni wobec osób agresywnie pobudzonych i zagrażających sobie lub otoczeniu. Zabezpieczenia mechaniczne w postaci unieruchomienia w pasach zdaniem eksperta były - w zanalizowanych przypadkach - zasadne, a lekarze uprzedzili pacjentów o zastosowaniu przymusu bezpośredniego i pacjentom zapewniono nadzór pielęgniarski. Okres stosowania przymusu również był właściwy.

Niemniej jednak przedstawiciele KMP stwierdzili następujące uchybienia dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia z użyciem pasów. Analiza kart zastosowania unieruchomienia niektórych pacjentów oraz przegląd monitoringu wizyjnego ich dotyczących, prowadzi do następujących wniosków.

- Zdarzają się przypadki długotrwałego stosowania tej formy przymusu bezpośredniego bez stosowania regularnych, chwilowych zwolnień w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych [problem ten dotyczył np. (*dane osobowe usunięto*), która po chwilowym

zwolnieniu w dniu 19 września 2016 r. o godz. 18:30, już do końca trwania przymusu, tj. do dnia 20 września 2016 r. do godz. 13:45 nie była okresowo zwalniana]. Praktyka ta jest niezgodna z treścią § 11 ust. 1 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, dalej rozporządzenia dot. ś.p.b.). Ze względów humanitarnych przedstawiciele KMP zalecają wykorzystywanie chwilowych zwolnień pacjentów z unieruchomienia również w celu umożliwienia im skorzystania z WC, o ile stan pacjentów na to pozwala.

- Przebieg i forma stosowania przymusu bezpośredniego opisane w dokumentacji nie zawsze są zgodne ze stanem faktycznym i budzą wątpliwości dotyczące traktowania pacjentów. Pacjent (*dane osobowe usunięto*) według informacji o formie przymusu, zawartej w zawiadomieniu o zastosowaniu przymusu bezpośredniego oraz w zleceniu w *karcie zastosowania unieruchomienia lub izolacji*, od godz. 3:30 w dniu 25 kwietnia 2016 r. z powodu samoagresji (nacięcia żyłką szyi) i odgrażania się personelowi Oddziału, unieruchomiony był w pasach, założonych na kończyny górne i dolne. Tymczasem na nagraniu jest widoczne, że pacjent ten od godz. 3:30 do godz. 8:30 przebywał w jednoosobowym pokoju, w tzw. izolatce, po której poruszał się swobodnie, a nawet palił papierosy przy otwartym oknie. Nie zachowywał się agresywnie: jadł, korzystał kolejno z kaczki/basenu ustawionych na podłodze w kącie pomieszczenia i w końcu położył się spać na stojącym po środku pokoju łóżku. Około godz. 8:30, gdy był on już od pewnego czasu znowu na nogach i zjadł śniadanie, do pomieszczenia weszło 9 osób, wśród których było prawdopodobnie 2-3 lekarzy oraz 2 funkcjonariuszy Policji i 3 salowe lub pielęgniarki. Po krótkiej rozmowie podczas której pacjentowi podawane były leki lub sam napój (spokojnie przyjął podawane rzeczy), 3 kobiety przygotowały łóżko i pasy do unieruchomienia. W tym czasie (*dane osobowe usunięto*) przechadzał się, paląc papierosa w pobliżu okna i rozmawiał z przybyłymi osobami. Następnie ułożył się bez oporu na łóżku i poddał się zapięciu w pasy. Przebieg opisanych zdarzeń, poza

kwestią braku spójności stanu faktycznego i wytworzonej dokumentacji, prowokuje również do zadania pytania o zasadność zastosowania w opisaney sytuacji najbardziej ingerującej w wolność człowieka formy przymusu w formie unieruchomienia i to dopiero ok. godz. 8:30.

Wizytującym omyłkowo przekazano tylko jedną z kart obserwacji, ale można na jej przykładzie zauważyć podobny problem do opisanego wcześniej przypadku (*dane osobowe usunięto*), tj. że mimo wielogodzinnego, spokojnego zachowania (potwierzonego wpisami w karcie obserwacji i widocznego na monitoringu), pacjent ten nie był chwilowo zwalniany mimo, że część wpisów widniejących w tym dokumencie na zwolnienie to wskazywała (oznaczenie - kod nr 12 np. od godz. 18:45 do godz. 3:15 w dniach 25-26 kwietnia 2016 r.). W kartę obserwacji z dnia 25 kwietnia 2016 r. o godz. 13:00 wpisano, iż (*dane osobowe usunięto*) zachowywał się spokojnie, został chwilowo zwolniony, oddał mocz i wypalił papierosa, podczas gdy z nagrania z monitoringu wynika, że nie był zwolniony, pod pośladki podłożono mu basen, a salowa lub pielęgniarka podawała mu do ust zapalonego papierosa.

Jak już wcześniej wspomniano, (*dane osobowe usunięto*) korzystał z basenu i kaczki w celu zaspokojenia potrzeb fizjologicznych. Działo się to również podczas unieruchomienia, mimo niewygodny przywiązania pasami do łóżka. Zastrzeżenia KMP budzi to, że nie umożliwiono mu skorzystania z łazienki z WC i pacjent musiał m.in. kucać nad basenem stojącym na podłodze, co może zostać określone poniżającym traktowaniem. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że pielęgniarka koordynująca pokazała wizytującym podczas oglądu, iż przy sali obserwacyjnej służącej również do stosowania przymusu, jest wyposażona w monitoring łazienka z pełnym węzłem sanitarnym. Nic zatem nie stoi na przeszkodzie, aby osoby, których stan psychiczny pozwala na chwilowe zwolnienie, skorzystały z tego pomieszczenia.

Kontynuując kwestię niezgodności wpisów z obrazem monitoringu, uwagę zwracają różne inne, istotne odstępstwa przebiegu stosowania środka np. zgodnie z kartą obserwacji w dniu 25 kwietnia 2016 r. od godz. 13:30 do godz. 16.00 pacjent spał (kod nr 7 wyłącznie), podczas gdy faktycznie był

on przytomny i wykonywał różne czynności (m.in. oddał mocz do kaczki, pił coś z butelki stojącej przy łóżku, a o godz. 14:30 częściowo uwolnił się z pasów, o czym również nie było wzmianki w karcie obserwacji). Z kolei podczas rzekomego chwilowego zwolnienia, pacjent spał w pełni unieruchomiony np. godz. 21:15-24:00 w dniu 25 kwietnia 2016 r. Wobec powyższego przedstawiciele Mechanizmu zalecają rzetelne prowadzenie dokumentacji związanej ze stosowaniem środków przymusu bezpośredniego.

- Wizytujący zwracają także uwagę na brak chronologii w niektórych kartach obserwacji. W przypadku pacjentki (*dane osobowe usunięto*), unieruchomionej w dniu 13 września 2016 r., dokument ten rozpoczyna się wpisem o godz. 12:00, po czym o godz. 22:00 następuje chwilowe zwolnienie pacjentki (kod nr 12) i przerwa do godz. 1:00. Jest to błędny zapis, wskazujący na to, że unieruchomienie było kontynuowane po kilkugodzinnej przerwie kolejnego dnia. Tymczasem faktycznie unieruchomienie miało miejsce w dniu 13 września 2016 r. o godz. 1:00 i trwało do godz. 22:00 tego samego dnia, po czym pacjentka została zwolniona. Reprezentanci KMP zalecają prowadzenie dokumentacji dotyczącej środków przymusu w sposób chronologiczny.

W niniejszej części raportu, dotyczącej traktowania pacjentów przez kadrę Oddziału, należy również podnieść problem, że zgodnie z § 4 *Zasad postępowania w oddziale psychiatrycznym* (dokument stanowiący załącznik nr 4 do *Regulaminu Organizacyjnego Szpitala Powiatowego w Chrzanowie*), personel ma prawo kontrolować pacjentów po powrocie z przepustki i po odwiedzinach, a także może *sprawdzać zawartość szafek pacjentów, zarówno rutynowo – raz w tygodniu lub częściej, w razie potrzeby*.

W ocenie przedstawicieli KMP tak szerokie uprawnienia nadane kadrze Oddziału w tym dokumencie nie mają podstaw prawnych, nadto zapis o kontroli nie jest w pełni jasny, również co do zakresu tej czynności (prawdopodobnie chodzi o sprawdzenie osoby i jej odzieży).

Zapisy Zasad w obecnym brzmieniu naruszają prawo pacjenta do intymności i poszanowania godności osobistej w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych, stojąc

w sprzeczności z treścią art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2016 r., poz. 186 j.t. z późn.zm.), a także art. 36 ust.1 i 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i dentysty* (Dz. U. z 2015 r., poz.464 j.t. z późn.zm.). W związku z powyższym pracownicy BRPO zalecają dokonać zmiany ww. Zasad, poprzez usunięcie zapisu dotyczącego przeprowadzania kontroli pacjentów i przeszukań ich rzeczy.

#### **b) Legalność pobytu**

Jak wynika z dostępnej dokumentacji (dot. *dane osobowe usunięto*), o przyjęciu pacjenta bez zgody do Oddziału decyduje tylko jeden lekarz, nie zasięgając opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa, również w sytuacji, gdy są oni obecni na dyżurze.

Przedstawiciele KMP podkreślają, że stosownie do dyspozycji art. 23 ust. 2 u.o.z.p., o przyjęciu do szpitala osoby, o której mowa w ust. 1, postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa. Pomimo, że przepis ten nie nakłada obowiązku zasięgnięcia opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa, a jedynie zalecenie do zasięgnięcia ich opinii, w ocenie przedstawicieli KMP opinia taka stanowi dodatkowe zabezpieczenie pacjenta przed ewentualną pomyłką lekarską i powinno 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.

Przedstawiciele KMP rekomendują, aby przy wydawaniu decyzji o przyjęciu pacjenta na Oddział zasięgać opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa, w czasie gdy drugi lekarz lub psycholog są dostępni w placówce.

Kolejnym problemem dotyczącym zasadności pobytu pacjentów przyjętych bez zgody do szpitala, jest sprawa oczekiwania ubezwłasnowolnionego (*dane osobowe usunięto*) na wolne miejsce w domu pomocy społecznej (dalej DPS), skutkiem czego jego przymusowy pobyt w szpitalu przedłużył się. Zgodnie z informacją ordynatora Oddziału, jego dalsze leczenie w szpitalu nie było zasadne przynajmniej od kilku miesięcy i mógł on być z niego wypisany na początku roku 2016 r. Tymczasem dopiero w dniu 15 września 2016 r. po wystąpieniach ze strony administracji placówki, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Alwerni (dalej MOPS) poinformował Szpital, iż znaleziono miejsce w DPS dla tej osoby. Kadra szpitala, jako przedstawiciele odrębnego od instytucji pomocy społecznej podmiotu, nie była jednak w stanie sprecyzować, z jakich względów procedowanie w tej sytuacji trwało tak długo i czy MOPS nie mógł do czasu znalezienia dla (*dane osobowe usunięto*) docelowego miejsca w DPS, zapewnić mu miejsce tymczasowe i stosowną opiekę. Sprawa miała być trudna ze względu na śmierć opiekuna prawnego wymienionego i kłopoty ze znalezieniem nowej osoby do pełnienia tej funkcji. Wyjaśnienia opisanej sprawy reprezentanci Mechanizmu oczekują zatem od kierowniczkii wymienionego MOPS, do której została skierowana odrębna korespondencja dotycząca wymienionego pacjenta.

### **c) Prawo do opieki medycznej, w tym terapii zajęciowej i zajęć na świeżym powietrzu**

Pacjenci nie skarżyli się na jakość opieki medycznej, a zdaniem eksperta Mechanizmu, terapia farmakologiczna była dobrze realizowana. Natomiast w ocenie eksperta KMP należałoby uaktywnić pacjentów, poprzez wzmocnienie terapii zajęciowej i zorganizowanie biblioteki.

Zgodnie z informacją dyrektora Szpitala, stawka Narodowego Funduszu Zdrowia na leczenie pacjentów psychiatrycznych nie daje większych możliwości rozwoju terapii zajęciowej i ledwie starcza na podstawowe potrzeby (zakup leków itp.). Częściowo

potwierdza to sytuacja zastana przez wizytujących w Oddziale, gdzie za salę do terapii służyła stolówka pacjentów, a uczestnicy zajęć terapeutycznych w czasie wizytacji mieli do dyspozycji jedynie papier z drukarek. W efekcie, choć zgodnie z deklaracją terapeutki, podejmuje ona różne działania, aby uaktywnić pacjentów, to niewiele osób korzysta z proponowanych przez nią zajęć. Trudno zaakceptować koncepcję pracy z osobami chorymi psychicznie, bez tej formy ich rehabilitacji psychiatrycznej.

Reprezentanci KMP odebrali jednakże również informację, że jest kłopot z realizacją zgłoszeń terapeutki w tym zakresie. Poza podstawowymi artykułami do arteterapii, przydałyby się m.in. instrumenty muzyczne do muzykoterapii. Mimo wyjaśnień dyrektora Szpitala i przedstawienia pracownikom BRPO zaakceptowanej do zakupu listy materiałów, z informacji Ordynatora i kontekstu przedstawionego pisma (z dnia 22 września 2016 r.) wynika, że jest to ciągły problem. Warto zatem usprawnić komunikację w tym obszarze.

Nadto zauważenia wymaga, że w Oddziale zatrudniona jest tylko 1 instruktorka terapii zajęciowej, pracująca wyłącznie od poniedziałku do piątku. Z informacji uzyskanych przez wizytujących wynika, że w weekendy oraz w czasie jej absencji zdrowotnych czy urlopowych, nie prowadzi się zajęć lub prowadzą je pielęgniarki, w zasadzie ograniczając się do *relaksacji pacjentów*. Uwagę zwraca, że pielęgniarki są obciążone innymi zadaniami i nie posiadają stosownych kwalifikacji do prowadzenia terapii zajęciowej, w tym arteterapii.

Tymczasem zgodnie z § 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) cyt.: *W godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy pacjentom zapewnia się również dostęp do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną*. W związku z powyższym należy rozszerzyć ofertę zajęć również na dni wolne od pracy oraz zadbać, by nie było przestojów w prowadzeniu terapii zajęciowej od poniedziałku do piątku.

Warto również zauważyć, kierując się treścią wymienionego rozporządzenia, że zajęcia rehabilitacyjne winny obejmować również terapię ruchową - zajęcia sportowe, turystykę i rekreację. Zgodnie ze stanowiskiem CPT *Pacjenci powinni mieć regularny dostęp do właściwie wyposażonych pokoiów rekreacyjnych oraz mieć możliwość codziennych ćwiczeń na świeżym powietrzu*. [§ 37 Ósmego Sprawozdania Ogólnego CPT/Inf (98) 12]. W ocenie KMP należy zagwarantować pacjentom możliwość

przebywania na świeżym powietrzu przynajmniej przez godzinę dziennie, w przypadku dobrych warunków atmosferycznych.

Z harmonogramu zajęć terapeutycznych Oddziału wynika, że wyjścia z pacjentami odbywają się 3 razy w tygodniu, co jest skromną liczbą, zważywszy wskazane stanowisko KMP i nadto dotyczy to wyłącznie osób mających tzw. wolne wyjścia. Choć na świeżym powietrzu jest zabezpieczony plac spacerowy zaraz przy wyjściu z Oddziału, to jednak kilkumetrowe przejście do niego w czasie wizytacji było niczym nie osłonięte, co stwarzało ryzyko niekontrolowanego oddalenia się pacjentów. Dyrektor Szpitala w odpowiedzi na ten problem, obiecał rozważenie takiej przebudowy przejścia na plac, by ze świeżego powietrza mogli korzystać wszyscy chętni pacjenci.

#### **d) Prawo do informacji**

Informacje dla pacjentów, zamieszczone na tablicach informacyjnych nie zawierały danych teleadresowych Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii 0 800 676 676) i organizacji pozarządowych również stojących na straży praw człowieka, takich jak Helsińska Fundacja Praw Człowieka. Przedstawiciele KMP rekomendują uzupełnienie tablic informacyjnych Oddziału w ww. zakresie.

#### **e) Warunki bytowe**

Oddział nie spełnia w pełni wymogów 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). W dniu wizytacji w niektórych salach pacjentów było bowiem dość ciasno, tzn. nie we wszystkich pomieszczeniach był dostęp do łóżek z 3 stron, co wymagane jest zgodnie z § 18 wymienionego aktu prawnego.

W ocenie warunków bytowych, reprezentanci KMP kierują się również międzynarodowymi standardami dotyczącymi szpitali psychiatrycznych. Jak podkreśla CPT w swoim Ósmym Sprawozdaniu Ogólnym [CPT/Inf (98) 12]:

*§ 32 Komitet uważnie bada warunki życia i leczenia pacjentów; braki w tym zakresie mogą szybko doprowadzić do sytuacji wchodzącej w zakres pojęcia „niehumanitarne i poniżające traktowanie”. Powinno zmierzać się do zapewnienia takich warunków materialnych, które sprzyjają leczeniu i dobremu samopoczuciu pacjentów; posługując się terminologią psychiatryczną: właściwe środowisko terapeutyczne. Ma to duże*

*znaczenie nie tylko dla pacjentów, lecz także dla personelu pracującego w ośrodkach psychiatrycznych.(...)*

*§ 34 Stworzenie pozytywnego środowiska terapeutycznego obejmuje, w pierwszym rzędzie zapewnienie właściwej przestrzeni życiowej pacjentom, a także odpowiednie oświetlenie, ogrzewanie i wentylację, utrzymywanie ośrodka w zadowalającym stanie oraz spełnianie wymogów higienicznych.*

Przedstawiciele KMP zalecają zatem zapewnienie odpowiedniej przestrzeni w salach pacjentów i dostępu do łóżek z 3 stron.

Wobec faktu, że w łazience przy izolatce stosowany jest monitoring wizyjny bez funkcji maskującej części intymne pacjentów korzystających z tego sanitariatu, wizytujący rekomendują również, aby dokonać zmian technicznych w odbiorze obrazu z kamer tak, by zapewnić intymność pacjentów. W przeciwnym wypadku należałoby odstąpić od używania kamer w tym miejscu.

Przyciski instalacji przyzywowej dostępne były wyłącznie w łazienkach, tj. nie było ich przy łóżkach pacjentów w salach chorych. W ocenie reprezentantów KMP, ze względu na różny stan przyjmowanych pacjentów, system alarmowo-przyzywowy - umożliwiający szybką reakcję personelu na wezwanie o pomoc - powinien również obejmować inne pomieszczenia, w których samodzielnie przebywają pacjenci.

#### **f) Personel**

Personel placówki ma adekwatne do zajmowanego stanowiska wykształcenie i sukcesywnie podnosi kwalifikacje w ramach specjalizacji (lekarze), tudzież szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych, m.in. związanych z psychiatrią i psychologią oraz postępowaniem z pacjentami agresywnymi, w tym zasadami stosowania przymusu bezpośredniego.

Stwierdzone przez wizytujących wady prowadzenia dokumentacji dotyczącej przymusu bezpośredniego oraz wątpliwości dotyczące traktowania pacjentów w czasie przebiegu stosowania unieruchomienia, uzasadniają zalecenie KMP, aby rozważyć przeprowadzenie dodatkowych szkoleń w tym zakresie.

Rozważenia również wymaga, czy zespół terapeutyczny nie powinien mieć zapewnionej superwizji. Ponieważ jest to praca odpowiedzialna i obciążająca, spojrzenie specjalisty z odpowiednim przeszkoleniem może być pomocne i korzystne dla zespołu.

### **g) Dostosowanie Oddziału do potrzeb osób z niepełnosprawnościami**

Poza podjazdami przed budynkiem (nie spełniającymi w pełni warunków określonych w § 71 rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie Dz. U. z 2015 r., poz. 1422 j.t.) i przestronnymi drzwiami do bezprogowych sal łóżkowych, w Oddziale nie ma udogodnień dla osób z niepełnosprawnością ruchową. Przedstawiona wizytującym łazienka dla osób z niepełnosprawnością ruchową nie może być uznana przez KMP za zgodną ze standardami dostosowania, z uwagi na pewne mankamenty np. bardzo wysoki brodzik prysznicowy (28 cm) i zbyt wąską przestrzeń w świetle kabiny prysznicowej (ok. 80 cm), uniemożliwiającej osobie poruszającej się np. na wózku inwalidzkim skorzystanie z prysznica.

W celu pełnego dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami i poprawienia występujących mankamentów, przy okazji modernizacji, warto dokonać następujących zmian, polepszających jakość dostosowania:

- wszystkie schody powinny mieć oznaczenia kontrastowe (na dolnych i górnych stopniach) oraz oznaczenia przed biegiem stopni, co pozwoli na korzystanie z nich osobom niedowidzącym; to samo dotyczy oznaczeń przed każdym biegiem pochylni;
- czcionki we wszystkich pismach i tabelach wywieszanych na tablicach informacyjnych powinny być odpowiednio duże, aby z materiałami tymi mogły zapoznać się również osoby niedowidzące;
- poręcze przy schodach oraz przy pochylni przed budynkiem powinny mieć wysokość 90 cm (górna) i 75 cm (dolna), nadto prawidłowy rozstaw poręczy pochylni powinien wynosić 1-1,1 m;
- pochylnie wiodące do budynku powinna mieć - w zależności od ich wysokości - kąt nachylenia, który nie przekracza 6% (przy wysokości powyżej 50 cm) i który nie przekracza 8% (przy wysokości poniżej 50 cm);
- w łazience dla osób z niepełnosprawnością ruchową krany powinny mieć zamiast kurków przedłużoną dźwignię, ułatwiającą uruchomienie ich osobom ze słabszymi rękami, wysokość muszli ustępowej: 45-50 cm, poręcze powinny być w odległości 40 cm od osi muszli i umieszczone na wysokości: 70-85 cm, górna krawędź umywalki powinna być umieszczona na wysokości 85 cm, dolna krawędź lustra

powinna zaczynać się od poziomu umywalki (by skorzystała z niego również siedząca na wózku inwalidzkim osoba), a górna sięgać do wysokości stojącej osoby; należy też zapewnić swobodę manewrowania wózkiem (przestrzeń manewrowa 150 cm x 150 cm); zaznaczyć należy, że przestrzeń manewrowa jest ważna we wszystkich pomieszczeniach, z których korzystają osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich;

- klamki okienne w pokojach pacjentów powinny być zamontowane tak, aby dosięgnęła ich osoba siedząca na wózku inwalidzkim lub niskiego wzrostu, dotyczy to również wszelkich przycisków, kontaktów, dozowników, wieszaków, z których korzystają osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich itp. Powinny one być na wysokości do 120 cm od powierzchni podłogi;
- ze względu na internautów z niepełnosprawnościami, istnieje potrzeba, aby strona internetowa placówki, była zgodna ze standardem WCAG 2.0 (strony internetowe zgodne z tym standardem są dostępne także dla osób z niepełnosprawnościami) oraz zawierała dokładny opis dostępności i informacji na temat możliwej asysty dedykowanej dla pacjentów i osób ich odwiedzających, którzy tego potrzebują;
- z uwagi na osoby niewidome i słabowidzące, należy rozważyć udostępnienie dokumentów (regulamin i załączniki dotyczące pacjentów etc.) również w wersji audio.

Wymienione standardy ustalone zostały przez przedstawicieli Fundacji *Polska bez barier*, zgodnie z zasadami planowania dostępności i uznane za optymalne dla odpowiedniego dostosowania placówek wizytowanych przez przedstawicieli KMP. Stanowią one o odpowiednich warunkach dla pacjentów, które zapewnią im swobodne poruszanie się pod terenie szpitala i Oddziału oraz samodzielne korzystanie z sanitariatów. Część z wyżej wskazanych rozwiązań (np. dotyczących pochylni) została również wymieniona w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury.

## **6. Zalecenia przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji**

Na podstawie art. 19 OPCAT, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji zalecają Dyrektorowi Szpitala:

1. zasięgnięcie opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa przy wydawaniu decyzji o przyjęciu pacjenta na Oddział, w czasie gdy drugi lekarz lub psycholog są dostępni w placówce;
2. wyeliminowanie nieprawidłowości dotyczących stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia z użyciem pasów, opisanych w pkt 5 lit. a raportu;
3. ustosunkowanie się do wątpliwości dotyczących zastosowania i przebiegu unieruchomienia (*dane osobowe usunięto*);
4. rozważenie powtórzenia szkoleń dla kadry placówki z zakresu przymusu bezpośredniego;
5. usunięcie z dokumentu pt. *Zasady postępowania w oddziale psychiatrycznym* zapisu dotyczącego przeprowadzania kontroli pacjentów i przeszukania ich rzeczy;
6. dokonanie zmian technicznych w odbiorze monitoringu wizyjnego z łazienki przy tzw. izolacie tak, aby zapewnić intymność osób korzystających z WC i prysznica;
7. zainstalowanie systemu alarmowo-przyzywowego również w salach pacjentów;
8. zapewnienie odpowiedniej przestrzeni w salach dla pacjentów i dostępu do ich łóżek z 3 stron;
9. rozważenie wprowadzenia superwizji dla zespołu terapeutycznego;
10. rozszerzenie oferty zajęć terapeutycznych również na dni wolne od pracy oraz zadbanie, by nie było przestojów w prowadzeniu terapii zajęciowej od poniedziałku do piątku;
11. zagwarantowanie pacjentom możliwości przebywania na świeżym powietrzu przynajmniej przez godzinę dziennie, w przypadku dobrych warunków atmosferycznych;
12. uzupełnienie tablic informacyjnych Oddziału o dane teleadresowe instytucji stojących na straży praw człowieka: Rzecznika Praw Obywatelskich i organizacji pozarządowych działających w tym samym obszarze np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka;
13. dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, zgodnie ze wskazówkami zawartymi w pkt 5 lit. g raportu.