

KMP.574.11.2015.DK

Raport
przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji
z wizytacji oddziału psychiatrycznego
w Powiatowym Szpitalu Sp. z o.o. w Aleksandrowie Kujawskim

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 OPCAT, oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 10 – 11 września 2015 r., do oddziału psychiatrycznego Powiatowego Szpitalu Sp. z o.o. przy ul. Słowackiego 18 w Aleksandrowie Kujawskim (zwanego dalej: szpitalem, placówką) udali się pracownicy Zespołu *Krajowy Mechanizm Prewencji* (zwanego dalej KMP lub mechanizmem): Dorota Krzysztoń (kryminolog), Magdalena Filipiak (prawnik, psycholog) oraz Przemysław Kazimirski i Marcin Kusy (prawnicy). W wizytacji uczestniczyła również Jolanta Paszko – ekspert KMP (lekarz psychiatra), której wnioski z ekspertyzy zawarte zostały również 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 2011 r. Nr 231, poz.1375 j.t. z późn.zm.)].

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- przeprowadzono rozmowy m.in. z Mariuszem Trojanowskim – prezesem szpitala, lek. Kazimierzem Baniewiczem – ordynatorem oddziału, Anitą Bolewicką – kierownikiem administracji, Bożeną Paprocką – kierownikiem działu kadr oraz Barbarą Muszyńską – przełożoną pielęgniarek szpitala i Beatą Orzechowską – pielęgniarką oddziałową;

- dokonano oglądu pomieszczeń, w tym: pokoi pacjentów, gabinetów lekarskich, sanitariatów;
- przeprowadzono rozmowy indywidualne z wybranymi pacjentami;
- poddano analizie wybraną dokumentację, dostępną na miejscu m.in. książki raportów pielęgniarских, historie chorób i opinie psychiatryczne losowo wybranych pacjentów, zeszyty rejestru stosowania środków przymusu bezpośredniego.

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

Pracownicy BRPO poinformowali dyrektora 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.

2. Charakterystyka wizytowanego oddziału

Oddział psychiatrii jest jednym z oddziałów szpitala wielospecjalistycznego. Zadaniem oddziału jest leczenie pacjentów z chorobami i zaburzeniami psychicznymi, wymagającymi całodobowego, stacjonarnego leczenia psychiatrycznego. Do oddziału przyjmowane są również osoby w stanie upojenia alkoholowego, celem detoksykacji (najbliższa izba wytrzeźwień znajduje się w Toruniu).

Oddział posiada 32 łóżka.

3. Legalność pobytu

W trakcie wizytacji w oddziale było 36 pacjentów, w tym jedna osoba leczona bez zgody i jedna osoba ubezwłasnowolniona.

Analiza losowo wybranej dokumentacji indywidualnej pacjentów wykazała pewne wady związane z przyjęciem do placówki osób bez zgody.

W części zawiadomień kierowanych do sądu, nie było wskazania podstawy prawnej przyjęcia, a w jednym przypadku data zawiadomienia była nieczytelna. Na podstawie sprawozdania z kontroli oddziału wykonanej w dniu 5 grudnia 2014 r. przez sędziego z Sądu Rejonowego w Aleksandrowie Kujawskim oraz ustaleń samych wizytujących, można też stwierdzić, że w okresie od 2014 r. do dnia wizytacji w 50% przypadkach przyjęć bez zgody nastąpiły uchybienia w terminowości zawiadomienia o tym sądu (na 6 przyjęć bez zgody, w 3

przypadkach nie powiadomiono sądu w wymaganym ustawowo czasie). W przeglądanych historiach chorób nie zawarto informacji o wyniku wysłuchania przez sąd i rozprawy (choć pacjentka przebywająca w oddziale bez swojej zgody, z którą rozmawiał przedstawiciel mechanizmu wspominała, że rozmawiała z sędzią na ten temat).

W przypadku osoby bez zgody, przebywającej w trakcie wizytacji w oddziale, lekarzem opiniującym zasadność przyjęcia bez zgody był ten sam lekarz, który badał pacjentkę przy przyjęciu. W niektórych aktach pacjentów brakowało opisu badania stanu psychicznego po przyjęciu do oddziału lub badanie to było opisane, ale nie wiadomo było, kto wykonał tę pracę (nieczytelny podpis, brak pieczętki). Kolejną wadą działania w tym obszarze jest też wykonywanie opisu badania stanu psychicznego dopiero po kilku – kilkunastu dniach pobytu pacjenta w oddziale. Ujawniono również częste braki opisów stanu somatycznego, w tym neurologicznego przyjmowanych do oddziału osób. W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że wobec powyższego istnieje ryzyko przyjęcia do szpitala osób, które nie wymagają hospitalizacji, albowiem mogą być leczone w innym trybie (np. w ramach przychodni). Mogą zdarzyć się również pacjenci, u których objawy kojarzące się z zaburzeniem psychicznym mogą wynikać z innego typu schorzeń, a zostaną oni umieszczeni w oddziale psychiatrycznym. Nadto zgodnie z dokumentem obowiązującym w wizytowanej placówce pt.: *Zasady przyjęcia do oddziału psychiatrycznego*, przyjęcie następuje po wykluczeniu poważnych schorzeń somatycznych, które nie mogą być leczone w warunkach oddziału psychiatrycznego.

Podczas pobytu pacjenta w oddziale, opisy kontroli stanu zdrowia/obserwacje lekarskie wpisywane były zbyt rzadko, tj. co 2-3 tygodnie (w sporadycznych przypadkach były opisywane częściej). W niektórych historiach chorób przez ponad miesiąc nie było wpisywanych obserwacji lekarskich. Brakowało też wpisów dotyczących zmian w leczeniu. Przy części wpisów obserwacji i wyników badań ujawniono brak czytelnego podpisu i pieczętki osoby dokonującej wpisu.

Reasumując, formalna procedura związana z kontrolą sądową przyjmowanych bez zgody pacjentów jest wypełniana z wadami dotyczącymi terminowości i dokumentacji, a nadto istnieje obawa dotycząca prawidłowości oceny stanu zdrowia tych osób, wobec braków diagnoz lekarskich na początku i nieczęstych kontroli stanu zdrowia w trakcie ich pobytu w oddziale. Prowadzić to może do niezasadnego pozbawienia wolności osób niewymagających faktycznie psychiatrycznego leczenia szpitalnego, czy też do

niepotrzebnego przedłużania pobytu w oddziale osób, które nań się nie zgodziły. Zalecić zatem należy eliminację wskazanych w niniejszym punkcie uchybień.

4. Traktowanie

Zgodnie z przekazanymi przez administrację szpitala informacjami, wobec personelu oddziału nie były prowadzone postępowania dyscyplinarne ani sądowe, związane z traktowaniem pacjentów. Nie było także zawiadomień o podejrzeniu popełnienia przestępstwa przez pracowników oddziału.

Opierając się na rozmowach przedstawicieli mechanizmu, przeprowadzonych z pacjentami wizytowanego oddziału należy stwierdzić, że w placówce nie mają miejsca przypadki niewłaściwego traktowania, słownego czy też fizycznego. Reprezentanci KMP mając na uwadze wyniki rozmów oraz własne obserwacje, dobrze oceniają sposób odnoszenia się przez personel do pacjentów.

Zaznaczyć należy, że w toku wizytacji nie ujawniono, aby w oddziale psychiatrycznym stosowane były wobec pacjentów kary za naruszenie porządku czy też przejawy choroby. Nagrodą za aktywny udział w terapii i współdziałanie w lekarzami w dążeniu do polepszenia swojego stanu zdrowia są tzw. przepustki terapeutyczne poza szpital.

Wizytujący nie odebrali sygnałów świadczących o przeprowadzaniu przez personel kontroli osobistych. Zasadą jest, że pacjent informowany o przedmiotach, które należy przekazać do depozytu, sam je przekazuje personelowi.

Wszelkie prace fizyczne zastrzeżone dla personelu placówki, wykonują osoby do zadań tych wyznaczone, nie przerzucając ich na pacjentów. Wyjątkiem są sytuacje, gdy pacjent sam chce pomóc np. posprzątać w swojej sali, co jest dozwolone prawnie i jest formą uaktywnienia osób leczących się.

Z przeanalizowanej dokumentacji medycznej, rozmów z personelem i pacjentami wynika, że przymus bezpośredni stosowany jest rzadko, jest on uzasadniony zachowaniem pacjenta, a czasokres jego trwania jest krótki.

Od początku 2015 r. do czasu wizytacji zastosowano przymus bezpośredni wobec 15 osób w postaci zabezpieczenia pasami, w zdecydowanej większości przypadków jednorazowo, choć zdarzały się przypadki – uzasadnione stanem pacjenta – kilkukrotnego zastosowania tego typu unieruchomienia wobec jednej osoby (maksymalnie 4 razy). W zakresie sporadyczności stosowania środków przymusu bezpośredniego i ich

krótkotrwałości, wizytowana placówka pozytywnie wyróżnia się spośród innych. W każdym analizowanym przypadku było uzasadnienie zastosowania przymusu bezpośredniego w karcie zlecenia unieruchomienia. Na podstawie analizy kart zlecenia unieruchomienia nie zaobserwowano stosowania przymusu bezpośredniego jako kary. Nie zgłaszali też tego problemu pacjenci podczas rozmów z nimi.

Pracownicy BRPO czynią jednakże zastrzeżenie dotyczące angażowania pacjentów w pilnowanie osób, wobec których stosowane są środki przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia pasami i niekorzystanie z parawanu w trakcie stosowania tej metody oddziaływania, co narusza prawo pacjentów do intymności. Zgodnie z wyjaśnieniem ordynatora oddziału, pozwala to na szybkie powiadomienie personelu przez pacjenta o np. napadzie padaczki u osoby unieruchomionej. Niemniej jednak w ocenie przedstawicieli KMP to nie inni pacjenci w sali, ale sam personel powinien doglądać osobę, wobec której stosowane są środki przymusu bezpośredniego.

Przedstawiciele KMP zwracają uwagę, że 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), zwanego dalej: rozporządzeniem. W ocenie wizytujących, oddział dysponuje monitorowanym pomieszczeniem (przedstawionym przez personel jako *izolatka*), mogącym w tym celu służyć, o ile ograniczy się w nim liczbę łóżek dla pacjentów z 2 do 1, a zatem nic nie stoi na przeszkodzie, aby wyeliminować wskazaną, niewłaściwą praktykę.

Wizytujący zwracają również uwagę, że procedura stosowania unieruchomienia pasami, obarczona jest wadami zarówno z perspektywy formalnej (chodzi o osoby zlecające i zatwierdzające stosowanie środków, wydawanie decyzji o przedłużeniach oraz sposób dokumentowania czynności), jak i technicznej (liczba osób z personelu zajmująca się unieruchamianiem pacjenta).

Analiza dokumentacji pozwala na stwierdzenie faktu, że przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia w części przypadków był wykonywany przez 2-3 osoby. Tymczasem do sprawnego i bezpiecznego przeprowadzenia zastosowania przymusu bezpośredniego w tej formie potrzebne jest 5 osób (po jednej osobie dla zabezpieczenia kończyn, jedna osoba zabezpiecza głowę ew. podaje leki/zastrzyk). Warto wspomnieć, że jest to też zgodnie z uzasadnieniem rozporządzenia cyt. *Efektywne i bezpieczne zastosowanie*

przymusu bezpośredniego, tj. samo jego wykonanie, wobec silnej i sprawnej fizycznie osoby wymaga udziału 5 osób. Opisana sytuacja, zastana w wizytowanym oddziale, wymaga wyjaśnienia.

W większości analizowanych sytuacji stosowania przymusu bezpośredniego był on zlecany przez pielęgniarkę. Fakt zlecenia zabezpieczenia pasami przez pielęgniarkę powinien być niezwłocznie zgłoszony lekarzowi. Lekarz ma obowiązek zbadać pacjenta i zatwierdzić zlecenie *niezwłocznie po otrzymaniu informacji* (§ 4 ust. 3 rozporządzenia). W części przypadków takiego zatwierdzenia lekarza jednak nie było. W związku z tymi brakami, kontrola lekarska budzi duże zastrzeżenia. Należy też zwrócić uwagę na powtarzające się sytuacje zabezpieczania pasami pacjentów, którzy wyrazili zgodę na leczenie i zostali przyjęci w godzinach nocnych, na następnie w krótkim czasie np. godzinę po przyjęciu, byli unieruchamiani w pasach. Niepokojące jest bowiem to, że w czasie dyżuru mniejszej liczby personelu, osoby zgadzające się na pobyt w szpitalu tak często wymagają unieruchomienia, tym bardziej, że jak wskazano na wstępie – zleceniami zajmowały się pielęgniarki, bez uzyskania stosownego zatwierdzenia przez lekarza.

W kartach stosowania przymusu bezpośredniego stwierdzono następujące braki: wskazania osoby zlecającej, zatwierdzenia, przedłużenia i zakończenia środka, a także podsumowania okresu zabezpieczenia z datą rozpoczęcia zabezpieczenia. Nadto wbrew treści § 12 rozporządzenia, w większości przypadków stosowanie przymusu bezpośredniego nie było odnotowywane w dokumentacji indywidualnej pacjenta i brakowało wpisów odnośnie stosowania przymusu bezpośredniego w godzinach dyżurów lekarskich w dokumentacji zbiorczej, czyli w raportach lekarskich.

W analizowanych historiach chorób czas stosowania przymusu bezpośredniego wynosił od 2 do 4 godzin. W jednym analizowanym przypadku nie było przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego po wymaganych 4 godzinach (w sumie przymus trwał 6 godzin), co jest niezgodne z § 4 ust. 4 rozporządzenia.

Przedstawiciele KMP zalecają wyeliminowanie wskazanych nieprawidłowości związanych ze stosowaniem i dokumentowaniem środków przymusu bezpośredniego.

Prawa i obowiązki pacjentów sprecyzowane są w regulaminie szpitala. Regulamin oddziału zawiera jedynie informację o obowiązkach oraz kilka punktów o charakterze informacyjnym np. o godzinach wydawania posiłków i leków.

W opinii pracowników BRPO katalog praw pacjentów zawarty w regulaminie szpitala nie jest wyczerpujący, zwłaszcza z perspektywy specyfiki oddziału psychiatrycznego, którego

pacjenci mają prawo m.in. do okresowego przebywania poza szpitalem bez wypisywania pacjenta z zakładu, jeżeli nie zagraża to życiu lub zdrowiu pacjenta (urlop, przepustka). W tej części regulaminu szpitala nie ma też mowy o dozwolonych formach kontaktu pacjentów z rodziną i znajomymi, brakuje także informacji o możliwości składania skarg.

Optymalnym rozwiązaniem tej sprawy – z perspektywy wizytowanego oddziału – byłoby uzupełnienie regulaminu oddziału psychiatrycznego o wskazane kwestie. W ocenie przedstawicieli mechanizmu, warto byłoby również, aby regulamin szpitala kierował czytelnika do regulacji prawa krajowego tj. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2012 r. poz. 159, ze zm.), zwanej dalej: ustawa, co jest wskazane również z perspektywy wymogu określonego w art. 11 ust. 1 tego aktu prawnego.

Zeszyt skarg dla pacjentów, choć został założony w szpitalu, to jednak nie jest dostępny w oddziale psychiatrycznym. Może to mieć wpływ na fakt, że nie są w nim odnotowane żadne uwagi pacjentów z tego oddziału. Pracownicy BRPO zalecają zwiększenie dostępności wskazanych osób do tej formy realizacji przysługujących im uprawnień, poprzez założenie zeszytu skarg dostępnego w oddziale psychiatrycznym.

5. Prawo do ochrony zdrowia

W zakresie schorzeń somatycznych, pacjenci szpitala mają zapewnioną opiekę w postaci leków, usług pielęgniarstwa, a także konsultacji i badań specjalistycznych, w tym laboratoryjnych, w ramach tej samej placówki. Wyznaczony jest też lekarz internista dla pacjentów w oddziale psychiatrii. W stanach nagłych wzywany jest zespół reanimacyjny. W razie konieczności leczenia stanu somatycznego w innym oddziale, pacjenci z oddziału psychiatrii są tam przenoszeni. Na konsultacje specjalności i badania, których nie gwarantuje szpital, zapewniony jest transport, a personel oddziału umawia konieczne wizyty.

Badania pacjentów z wizytowanego oddziału, odbywają się wyłącznie w gabinetach lekarskich i zabiegowych.

W trakcie wizytacji nie odebrano sygnałów świadczących o jakichkolwiek ograniczeniach w dostępności środków na leczenie psychiatryczne w podstawowym zakresie. Zgodnie z informacją ordynatora oddziału psychiatrycznego, część leków psychiatrycznych pozyskiwana jest z darowizn, żeby zminimalizować koszty leczenia.

W wizytowanym oddziale psychiatrii nie stosuje się procedur o podwyższonym ryzyku (śpiączki insulinowe, atropinowe, leczenie elektrowstrząsami).

Żaden z pacjentów podczas rozmów z przedstawicielami mechanizmu nie skarżył się na niemożliwość leczenia somatycznego. Większość z nich nie żaliła się też na leczenie psychiatryczne i dostęp do dokumentacji medycznej.

Z rozmów z personelem (ordynatorem oddziału, pielęgniarkami, terapeutką i psychologiem) wynikało, że są zorientowani w problemach pacjentów. Niestety nie odzwierciedla tego prowadzona dokumentacja, szczególnie lekarska.

W dokumentacji indywidualnej pacjentów, tj. w analizowanych historiach chorób istnieją liczne braki dotyczące wpisu wyników badania stanu psychicznego, somatycznego, zaleceń i planów terapeutycznych, w związku z powyższym trudno ocenić właściwe diagnozowanie problemów poszczególnych pacjentów i wybór skutecznej pomocy. W raportach lekarskich wpisy dotyczące interwencji w oddziale psychiatrii są niesystematyczne i wręcz sporadyczne. Może się to przekładać na zaniedbania i zaniechania w procesie leczenia pacjentów. Pozytywnie wyróżniającym się w tym zakresie wyjątkiem w historiach chorób są opisy badania psychologicznego (obszerne, dokładne i wyczerpujące). Należy zatem zalecić zwrócenie szczególnej uwagi na właściwe prowadzenie dokumentacji medycznej indywidualnej i zbiorczej, zwłaszcza w zakresie dokumentowania oddziaływań leczniczych.

Pacjenci psychiatryczni przyjmowani są w ogólnej izbie przyjęć szpitala. Brakuje izby przyjęć w ramach oddziału, w której można bezpiecznie zbadać pacjenta w stanie pobudzenia (w tym stanie mają też styczność z innymi osobami przyjmowanymi do placówki). W oddziale jako *wewnętrzna izba przyjęć* służy sekretariat. W pomieszczeniu tym znajdują się biurka i krzesła. Brakuje leżanki do zbadania pacjenta somatycznie oraz sprzętu do przeprowadzenia badania wstępnego (ciśnieniomierza, młoteczka neurologicznego). Zorganizowanie osobnego działu przyjęć, jest zamierzeniem szpitala w zakresie przystosowania oddziału do wymogów zawartych w załączniku nr 1 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). Przedstawiciele mechanizmu zalecają kontynuację działań w tym obszarze.

W oddziale prowadzone są inne oddziaływania lecznicze w zakresie zaburzeń psychicznych, poza farmakologicznymi. Pacjenci mają dostęp do psychologa (choć wskazane jest rozszerzenie jej działań o oddziaływania grupowe, w tym psychoedukację), mogą uczestniczyć w terapii w każdy dzień tygodnia (ergoterapii oraz arteterapii) i w zajęciach

relaksacyjnych (m.in. gry planszowe, słuchanie muzyki). Mogą również skorzystać z pomocy instruktora terapii uzależnień, który motywuje pacjentów uzależnionych do dalszego leczenia i pomaga we wstępnej diagnozie.

6. Prawo do informacji

Informacje dla pacjentów wywieszane w wizytowanym oddziale, obejmują kontakt do Rzecznika Praw Pacjenta, wykaz praw i obowiązków pacjenta z regulaminu organizacyjnego szpitala, wykaz praw pacjenta z ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz.1375 j.t. z późn.zm.), harmonogram zajęć oraz wspomniany w punkcie 4 niniejszego raportu regulamin oddziału.

Przedstawiciele KMP zalecają uzupełnienie tablic o dane kontaktowe innych organów ochrony praw człowieka m.in. Biura Rzecznika Praw Obywatelskich (łącznie z numerem darmowej infolinii 800676676) i organizacji pozarządowych (np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka).

Osoby przyjmowane do placówki, zapoznawane są z jej regulaminem oraz z zasadami funkcjonowania w oddziale, do którego są kierowane. Analiza dokumentacji indywidualnej wskazuje, że załączony do historii choroby druk dotyczący poinformowania pacjenta oraz oświadczenia pacjenta, czy upoważnia i kogo do uzyskiwania informacji i dokumentacji medycznej, często nie jest wypełniany lub wypełniany częściowo. Zdarzają się też przypadki braku podpisu pacjenta, potwierdzającego zapoznanie z prawami i obowiązkami przy przyjęciu. Nie jest zatem jasne, czy pouczenie w tym obszarze faktycznie miało miejsce. Przedstawiciele KMP zalecają wypełnianie wszystkich dokumentów związanych z przyjęciem pacjenta do szpitala i odbieranie poświadczenia przyjmowanej osoby o zapoznaniu jej z prawami i obowiązkami lub odnotowywanie powodu niemożliwości złożenia przez nią podpisu.

Z wyjaśnień udzielonych pracownikom BRPO przez personel oddziału wynika, że pacjenci - jeśli zwrócą się z prośbą o informację o swoim stanie zdrowia i leczeniu czy zażyczą sobie wglądu do dokumentacji - są informowani o tym i mają możliwość przeczytania dokumentów ich dotyczących.

W tym miejscu zwrócić należy uwagę na wskazane w poprzednim punkcie braki dotyczące dokumentacji indywidualnej, które mogą prowadzić do tego, iż pacjent – mimo dostępu do jej treści – nie uzyska wszystkich niezbędnych danych na jej podstawie.

Nadto z rozmów z pacjentami wynikało, że część z nich nie jest zorientowana na co choruje i jakie leki bierze. Może to oczywiście świadczyć o tym, że mimo powiadomienia, nie są w stanie przyjąć trudnych dla nich z różnych względów informacji, ale też może to oznaczać, że nie ma aktywnego informowania pacjentów (z wyjątkiem psychoedukacji osób uzależnionych prowadzonej przez instruktora terapii uzależnień).

Wizytujący odebrali też uwagę jednej osoby, że pytała o nazwy leków, które otrzymuje, ale nie otrzymała odpowiedzi, a zwiększono ilość medykamentów i otrzymuje leki kruszone (z dokumentacji i rozmowy z tą osobą wynikało, że nie ma ona poczucia choroby psychicznej i nie widzi zasadności oraz celowości leczenia psychiatrycznego).

Dlatego warte podkreślenia jest, że prawo pacjenta do wszelkich informacji z nim związanych w procesie udzielania świadczenia zdrowotnego stanowi jeden z kluczowych aspektów prawa człowieka do prywatności. Na gruncie prawa krajowego, wymóg udzielania pacjentom wszelkich informacji o ich stanie zdrowia, został określony w art. 9 wymienionej wyżej ustawy o prawach pacjenta. Sposób informowania i zakres informacji, który pacjent powinien otrzymać, precyzuje art. 9 ust. 2 tej samej ustawy oraz art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. z 2015 r., poz. 464 j.t. z późn.zm.). Wobec powyższego należy zalecić informowanie każdego pacjenta o zleconych mu lekach i planie terapeutycznym.

7. Prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym

Pacjenci mają zapewniony kontakt ze światem zewnętrznym, poprzez prowadzenie korespondencji, rozmowy telefoniczne, odwiedziny i przepustki.

Listy adresowane do pacjentów, przynoszone są do oddziału przez listonosza bezpośrednio, a w wysyłce poczty np. listów poleconych, pomaga sekretariat dyrektora szpitala. Istnieje oczywiście możliwość spedycji poczty samodzielnie, podczas wyjść i przepustek.

Pacjenci mogą posiadać własne telefony komórkowe (ładowarki do nich znajdują się pod opieką personelu, ze względu na potencjalną możliwość użycia ich kabli w celu samobójstwa). Osoby, które nie mają własnych telefonów, mogą korzystać ze stacjonarnego telefonu szpitala, z przenośnym aparatem. Zgodnie z informacją jednego z pacjentów, za rozmowę płaci się wówczas 1 zł.

W zależności od stanu psychofizycznego pacjenci mają też możliwość korzystania z przepustek i wyjść poza placówkę.

Odwiedziny rodzin i znajomych pacjentów w oddziale mogą być realizowane codziennie. Do spotkań służy świetlica oddziału. Nie ma ograniczeń wieku osób odwiedzających, choć zgodnie z udzieloną wizytującym informacją, gdy w oddziale inni pacjenci są pobudzeni, odwiedzany przez dziecko pacjent, otrzymuje godzinną przepustkę na spotkanie poza oddziałem. Wobec ryzyka, że w tej sytuacji pacjent, którego stan psychofizyczny pozwala na odwiedziny, ale nie pozwala na wyjście poza oddział, może w ogóle nie móc spotkać się z dzieckiem, przedstawiciele mechanizmu zalecają wyodrębnienie pomieszczenia służącego do odwiedzin pacjentów przez dzieci, przy ewentualnej rozbudowie szpitala.

Pacjenci, z którymi rozmawiali przedstawiciele KMP, nie zgłaszali uwag związanych z kontaktem ze światem zewnętrznym.

8. Personel

Ogółem w oddziale zatrudnionych jest 25 osób w ramach 19,4 etatu.

Pracuje w nim 5 lekarzy psychiatrów, w tym 4 zatrudnionych jest w niepełnym wymiarze czasu (łącznie 2,45 etatu). Tylko ordynator oddziału pracuje w pełnym wymiarze czasu, choć trzeba zaznaczyć, że zgodnie z ustaleniami wizytujących, w oddziale dostępny jest jedynie od poniedziałku do czwartku w godz. 8.00-18.00. W godzinach nocnych i w okresie dni wolnych od pracy w oddziale nie ma lekarza. Na ten problem wskazywała sędzia w raporcie z kontroli, o którym już wspomniano w pkt 3. Podniosła ona również, że cyt.: *Problemem jest okoliczność iż lekarze będący na dyżurze w szpitalu jednocześnie przyjmują pacjentów w Przychodni. Prowadzi to do sytuacji iż wielokrotnie pomimo formalnego dyżuru na oddziale nie ma lekarza.*

Dyżur popołudniowy i nocny (w godz. 15.00-6.00) pełni lekarz anestezjolog z chirurgii, czyli osoba o innej specjalności niż konieczna do pracy z pacjentami oddziału psychiatrycznego (zgodnie z wyjaśnieniem ordynatora – ze względu na przyjęcia pacjentów z urazami fizycznymi). Psychiatra wzywany jest podobno w sytuacji, gdy przyjmowany jest pacjent bez zgody, ale wizytującym nie udało się ustalić, czy istnieje lista dyżurów pod telefonem lekarzy psychiatrów, jak często są wzywani i do jakich spraw, jak też jaki jest zakres obowiązków i kompetencji lekarza dyżurnego. Zaznaczyć należy, że w analizowanej dokumentacji pacjentów przyjętych w godzinach nocnych były wpisy lekarzy pracujących w oddziale lub brakowało – na co wskazano już w pkt 5 - opisu stanu psychicznego i /lub somatycznego przy przyjęciu.

Powyższy problem związany z czasem pracy i organizacją pracy lekarzy w oddziale wymaga wyjaśnienia. Nie jest bowiem czytelne, czy zapewniona jest w nim ciągłość opieki lekarskiej. Nie jest też jasne, jaki jest zakres obowiązków i kompetencji lekarza wyznaczonego do dyżurowania w oddziale psychiatrii, tak aby zapewnić właściwą opiekę medyczną pacjentom w nim przebywającym i nowoprzyjmowanym (dotyczy to szczególnie przyjęć bez zgody, reakcji na sytuacje pobudzenia pacjentów i działania w ramach przymusu bezpośredniego).

W oddziale zatrudnionych jest 11 pielęgniarek w ramach 10 etatów. Pielęgniarki dyżurują w trybie dwunastogodzinnym. Na zmianie dziennej i nocnej są zawsze obecne 2 pielęgniarki, a w ciągu dnia dodatkowo pracuje z nimi pielęgniarka oddziałowa (zatrudniona na pełnym etacie).

W ciągu dnia poza pielęgniarkami jest psycholog (pracujący na pełnym etacie), terapeuci zajęciowi (2 osoby zatrudnione łącznie na 0,81 etatu), instruktor terapii uzależnień (zatrudniony na 0,15 etatu), ratownik medyczny (pracujący na pełnym etacie), sanitariusz-noszowy (zatrudniony na pełen etat), opiekunka (pracująca na pełnym etacie), salowa (pracująca na pełnym etacie) oraz rejestratorka medyczna (zatrudniona na pełen etat).

W razie potrzeby pomocy np. innych sanitariuszy, korzysta się z wsparcia osób zatrudnionych w innych oddziałach.

Szpital nie zatrudnia pracownika socjalnego, ani pielęgniarki środowiskowej. W załatwianiu spraw socjalnych pacjentom pomagają pielęgniarki oraz rejestratorka medyczna. Zgodnie z uzyskanymi podczas wizytacji informacjami, praca ta jest niezwykle absorbująca, wielu pacjentów tego oddziału potrzebuje bowiem pomocy socjalno-bytowej i prawnej, w tym - załatwienia różnorodnych, bardzo istotnych spraw, jak np. miejsca w domu pomocy społecznej po opuszczeniu szpitala. Częstość wymaga to specjalistycznej wiedzy i dużego zaangażowania czasowego m.in. związanego z koniecznością kontaktowania się z różnymi instytucjami poza szpitalem, czego w pełni nie zapewnią pielęgniarki jednocześnie zaangażowane są w swoje ważne i podstawowe zadania. W ocenie wizytujących trudno je obarczać dodatkowymi obowiązkami, gdyż w konsekwencji grozi to niewykonaniem czynności medycznych, ważnych dla pacjentów. Rozważenia zatem wymaga potrzeba zatrudnienia pracownika socjalnego, czemu naprzeciw wychodzi dający wskazaną możliwość art. 120 ust.1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* (Dz. U. z 2015 r., poz. 163 j.t. z późn.zm.).

Od dyrektora placówki odebrano informację, że liczba personelu odpowiada faktycznym potrzebom czy standardom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2013 r., poz. 1386 z późn. zm.).

Zaznaczyć należy jednak, że polskie standardy są niskie np. w porównaniu z niemieckimi placówkami. Bywa też, że liczba pacjentów przekracza pojemność oddziału (tak jak w czasie wizytacji pracowników BRPO), co oznacza, że kadra szpitala obciążona jest wówczas dodatkowymi zadaniami. Nie ma też możliwości zastępstw w przypadku urlopów i długotrwałych zwolnień lekarskich (obecnie na długotrwałym zwolnieniu lekarskim przebywa jedna z pielęgniarek).

W ocenie reprezentantów mechanizmu, opartej na rozmowie z ordynatorem oddziału, do sprawnej pracy oddziału brakuje jeszcze jednego lekarza psychiatry, pielęgniarki, dodatkowego psychologa na część etatu i zatrudnienia jednego z terapeutów zajęciowych w pełnym wymiarze czasu pracy. Biorąc pod uwagę dobro pacjentów oraz wiedzę i wieloletnie doświadczenie zawodowe obecnego ordynatora oddziału psychiatrycznego, kwestia ta warta jest rozważenia, o co pracownicy BRPO zwracają się do dyrektora placówki.

Personel placówki ma adekwatne do zajmowanego stanowiska wykształcenie i sukcesywnie podnosi kwalifikacje w ramach specjalizacji (lekarze), tudzież szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych (pielęgniarki), m.in. związanych z psychiatrią, opieką długoterminową i geriatryczną oraz pierwszą pomocą przedmedyczną.

Z analizy tematów przeprowadzonych szkoleń dla personelu wynika jednak, że od 2010 r. nie przeprowadzono żadnego szkolenia dotyczącego stosowania przymusu bezpośredniego. Szkolenia te są ważne m.in. ze względu na nowelizację po tym czasie przepisów i wprowadzenie nowych druków, służących do monitorowania przebiegu zabezpieczenia. Ważne jest cykliczne powtarzanie tych szkoleń tak, aby nabyta wiedza mogła być uaktualniona i utrwalona.

Nie przeprowadzono też żadnych szkoleń z komunikacji interpersonalnej, radzenia sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym, które pomocne są w radzeniu sobie z trudnymi pacjentami, bez wyrządzania im krzywdy. Podobnie istotne są szkolenia z zakresu praw pacjenta.

Zaznaczyć należy, że w ocenie pracowników BRPO powyższymi szkoleniami powinni być objęci również lekarze.

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.

9. Warunki bytowe

Pomieszczenia szpitalne utrzymane są w czystości. Są oświetlone światłem sztucznym i naturalnym. Panuje w nich odpowiednia do pory roku temperatura. Sale pacjentów (2-4 osobowe) są wietrzone i nie ma w nich zaduchu. Każdy pacjent dysponuje łóżkiem szpitalnym i szpitalną szafką przyłóżkową. Na końcu korytarza oddziału, ulokowano nadto szafę z wyodrębnionymi dla każdego pacjenta, zamykanymi na klucz półkami.

Oddział zajmuje pomieszczenia pierwszego piętra jednego z budynków szpitala. Zgodnie z informacją dyrektora placówki, właściciel budynku jakiś czas temu sprzedał jego połowę, co istotnie uszczupliło powierzchnię oddziału, nadto wcześniej były tam pomieszczenia o zupełnie innym przeznaczeniu (tzw. ZOL), w związku z czym potrzebne są duże nakłady finansowe, by doprowadzić oddział do 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).

Faktycznie, w dniu wizytacji w salach pacjentów było dość ciasno (co nie miało wyłącznie związku z przyjęciem 4 osób ponad zakładaną pojemność), tzn. nie we wszystkich pomieszczeniach był dostęp do łóżek z 3 stron.

Nie było też wydzielonego odcinka obserwacyjno-diagnostycznego/pokoi obserwacyjnych, skutkiem czego personel grupował pacjentów w gorszym, wymagającym większego nadzoru stanie, w zwykłych salach łóżkowych, w pobliżu dyżurki pielęgniarek.

Co więcej, jedno pomieszczenie przechodnie, służy jednocześnie jako jadalnia, świetlica (wyposażona w telewizor i punkt biblioteczny) oraz sala odwiedzin. Zgodnie z wskazanym wyżej rozporządzeniem, oddział powinien dysponować (odrębnie): pomieszczeniami terapeutyczno-rehabilitacyjnymi, salą pobytu dziennego oraz jadalnią.

Należy również zwrócić uwagę na skromną ilość łazienek (w tym jedynie 3 WC i 2 prysznice) dla pacjentów, z których nadto korzystają również pracownicy oddziału (stad łazienkę dla kobiet wizytujący zastali zamkniętą, a zgodnie z informacją pacjentów – zarówno kobiety i mężczyźni korzystali z wspólnych sanitariatów). Należy w tym miejscu zaznaczyć, że zgodnie wyjaśnieniem dyrektora szpitala, przedstawionym podczas podsumowania

wizytacji, dla kadry oddziału psychiatrycznego wyodrębniono łazienkę poza oddziałem, co w ocenie pracowników BRPO nie jest optymalnym rozwiązaniem.

Oddział wymaga również remontu ze względu m.in. na liczne ubytki tyku na ścianach, zawilgocenia w łazienkach, zły stan niektórych drzwi i urządzeń sanitarnych w łazienkach. Zgodnie z informacją dyrektora udzieloną wizytującym, jest on przeznaczony do remontu, tj. generalnego odświeżenia.

W placówce nie zainstalowano systemu alarmowo-przyzywowego (być może został on zdemontowany, bo w salach pacjentów znajdują się przyciski przyzywowe). W ocenie reprezentantów KMP, ze względu na różny stan przyjmowanych pacjentów (m.in. osób, które mogą mieć padaczkę poalkoholową), system ten – umożliwiający szybką reakcję personelu na wezwanie o pomoc - należy zamontować.

Pacjenci otrzymują 3 posiłki dziennie, w zależności od indywidualnej diety. Przywożone są one do oddziałów ze szpitalnej kuchni (wynajmowanej przez firmę zewnętrzną świadczącą usługi w tym zakresie) i spożywane w oddziałowych jadalniach. Prywatne produkty spożywcze mogą być przechowywane w lodówce dla pacjentów, ulokowanej w oddziale. Między posiłkami pacjenci mogą przygotowywać sobie ciepłe napoje. W tym celu do ich dyspozycji oddane są czajniki elektryczne oraz oddziałowa kuchnia.

Pacjenci z którymi rozmawiali wizytujący, nie mieli zastrzeżeń dotyczących warunków bytowych, poza przedstawioną powyżej uwagą dotyczącą łazienek.

10. Dostosowanie placówki i oddziału do potrzeb osób niepełnosprawnych

Poza podjazdem przed budynkiem, windą, przestronnymi drzwiami do bezprogowych sal łóżkowych, w oddziale nie ma żadnych innych udogodnień dla osób z niepełnosprawnością ruchową. Do przycisków m.in. oświetlenia jest zbyt wysoko z perspektywy osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim (powyżej 120 cm). Nadto w łazienkach brakuje uchwytów, na których może się wesprzeć osoba o obniżonej sprawności ruchowej, niektóre drzwi są zbyt wąskie (poniżej 90 cm), nie ma koniecznej przestrzeni manewrowej (wynoszącej 150 cm x 150 cm), możliwości przesiadki z wózka inwalidzkiego na muszlę klozetową, prysznice mają zbyt wysokie brodziki (powyżej 2 cm), a baterie umywalkowe wyposażone są w kurki, z których trudno skorzystać osobom np. z niedowładem dłoni. Przedstawiciele mechanizmu zalecają podjęcie działań w tym obszarze, przy okazji modernizacji i remontu oddziału.

Jednocześnie za dobrą praktykę należy uznać odbycie przez jedną z pielęgniarek kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa osób przewlekle chorych i z niepełnosprawnością (choć warto, by odbyły go również i inne osoby) oraz ukończenie przez ratownika medycznego kursu języka migowego.

11. Prawo do praktyk religijnych

Szpital objęty jest opieką duszpasterską kapelana katolickiego, a na jego terenie znajduje się dostępna dla wszystkich pacjentów oddziałów kaplica, gdzie w każdą niedzielę i święta odbywają się nabożeństwa. Ksiądz odwiedza pacjentów także w oddziałach. Istnieje również możliwość spotkania się przedstawicielami innych wyznań.

12. Zalecenia

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

1. zapewnienie intymności osobom, wobec których stosowane są środki przymusu bezpośredniego oraz odstąpienie od praktyki angażowania innych pacjentów w obserwację osób unieruchomionych pasami;
2. wyeliminowanie innych nieprawidłowości związanych ze stosowaniem i dokumentowaniem środków przymusu bezpośredniego, opisanych w pkt 4 raportu;
3. wyeliminowanie wad związanych z przyjmowaniem pacjentów bez zgody, opisanych w pkt 3 raportu;
4. zwrócenie szczególnej uwagi na właściwe i zgodne z prawnymi wymogami prowadzenie dokumentacji medycznej (indywidualnej i zbiorowej), zwłaszcza w zakresie dokumentowania oddziaływań leczniczych;
5. poszerzenie regulaminu oddziału psychiatrycznego o wskazane w pkt 4 raportu kwestie;
6. aktywne i każdorazowe informowanie pacjentów o stanie ich zdrowia i prowadzonym leczeniu;
7. założenie zeszytu skarg, dostępnego w oddziale psychiatrycznym;
8. uzupełnienie informacji dla pacjentów, wywieszanych w korytarzach oddziału, o dane kontaktowe innych organów ochrony praw człowieka m.in. Biura Rzecznika Praw

Obywatelskich (łącznie z numerem darmowej infolinii 800676676) i organizacji pozarządowych (np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka);

9. wypełnianie wszystkich dokumentów związanych z przyjęciem pacjenta do szpitala i odbieranie poświadczenia przyjmowanej osoby o zapoznaniu jej z prawami i obowiązkami lub odnotowywanie powodu niemożliwości złożenia przez nią podpisu;

10. kontynuację zamierzeń dostosowawczych oddziału do 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), z uwzględnieniem dodatkowych modernizacji, opisanych w pkt 9 raportu;

11. wyodrębnienie przy ewentualnej rozbudowie szpitala pomieszczenia służącego do odwiedzin pacjentów przez dzieci;

12. zamontowanie systemu alarmowo-przyzywowego;

13. zwiększenie dostępności oddziału dla osób o obniżonej sprawności ruchowej i z niepełnosprawnością, przy okazji zaplanowanych modernizacji;

14. rozważenie zatrudnienia pracownika socjalnego;

15. poszerzenie oferty organizowanych szkoleń dla kadry placówki o szkolenia z zakresu środków przymusu bezpośredniego, praw pacjenta, komunikacji interpersonalnej i radzenia sobie ze stresem oraz wypaleniem zawodowym;

16. rozważenie wprowadzenia superwizji dla zespołu terapeutycznego.

Przedstawiciele KMP oczekują również na wyjaśnienie kwestii opisanych w pkt 4 (traktowanie) i 8 (personel).

Opracowała:

Dorota Krzysztoń

Główny specjalista

Za Zespół podpisuje:

mgr Przemysław Kazimierz

Główny specjalista

