

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji
z wizytacji Oddziału Psychiatrycznego
Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie Sp. z o.o.
(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 26-27 września 2016 r., do Oddziału Psychiatrycznego Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie Sp. z o.o. (zwanego dalej: Szpitalem, placówką lub Oddziałem) udali się przedstawiciele Zespołu *Krajowy Mechanizm Prewencji* (zwanego dalej KMP lub Mechanizmem) dr Justyna Józwiak (socjolog, politolog w zakresie resocjalizacji), Rafał Kulas (prawnik) oraz Łukasz Kuczyński (prawnik) - przedstawiciel Biura Pełnomocnika Terenowego RPO w Gdańsku. W wizytacji uczestniczył również ekspert KMP z zakresu psychiatrii, Sławomir Biedrzycki (lekarz specjalista psychiatra), którego uwagi zostały włączone w treść niniejszego raportu.

Celem wizytacji zapobiegawczej przedstawiciele KMP było sprawdzenie sposobu przestrzegania praw osób umieszczonych w Oddziale Psychiatrycznym Szpitala bez ich zgody, zwanych dalej pacjentami, a także dokonanie oceny pod względem ich ochrony przed torturami oraz innym niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem.

W czasie wizytacji przedstawiciele KMP wykonali następujące czynności:

- przeprowadzili rozmowę wstępną z Piotrem Stoniem – Lekarzem Kierującym Oddziałem oraz Sławomirem Mokwą – Pielęgniarem Oddziałowym;
- dokonali oglądu pomieszczeń, z których mogą korzystać pacjenci Oddziału (m.in. sal pacjentów, sanitariatów, sal terapii zajęciowej, sali pobytu dziennego z jadalnią, patio z ogródkiem);
- przeprowadzili rozmowy indywidualne z pacjentami przyjętymi bez zgody, przebywającymi w czasie wizytacji na Oddziale;
- poddali analizie wybraną dokumentację dostępną na miejscu, w tym m.in. rejestr osób przyjętych bez zgody, książkę raportów pielęgniarskich i lekarskich, historie chorób oraz dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego;
- wykonali dokumentację fotograficzną.

Pracownicy BRPO poinformowali Dyrektora Szpitala ds. Medycznych oraz Lekarza Kierującego Oddziałem i 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 oraz przeprowadzono rozmowę z Kamilą Jakóbowską, Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego działającym na terenie wizytowanej placówki.

W przedmiocie zainteresowania przedstawicieli KMP każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: legalność pobytu, traktowanie, dyscyplinowanie, warunki bytowe, prawo do informacji, prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym, prawo do ochrony zdrowia, oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne, prawo do praktyk religijnych, kwalifikacje personelu. W raporcie opisano jedynie te obszary, które w ocenie przedstawicieli KMP wyróżniają placówkę na tle pozostałych oraz te, które wymagają poprawy. Raport zawiera ponadto sygnalizowane problemy o charakterze systemowym, wymagające zmiany obowiązującego prawa lub praktyki jego stosowania.

2. Charakterystyka placówki

Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie Sp. z o.o. jest podmiotem leczniczym działającym w formie spółki kapitałowej. Placówka powstała w 2013 r. wskutek przekształcenia z Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie.

W ramach Szpitala funkcjonuje Oddział Psychiatryczny, dysponujący 30 łózkami objętymi kontraktem, znajdującymi się w salach 2, 4 i 6 osobowych (fizycznie łóżek jest 32). Dwie sale sześciuosobowe pełnią rolę odcinka obserwacyjnego. Ponadto na Oddziale znajduje się m.in. dwuosobowa, monitorowana sala pełniąca funkcję izolátky, sala dziennego pobytu z jadalnią, gabinet zabiegowy oraz sala terapii zajęciowej. Druga sala terapii zajęciowej znajduje się poza obrębem oddziału, na poziomie -1 budynku.

Oddział ma charakter koedukacyjny i przyjmuje pacjentów zarówno w trybie pilnym, jak i planowym. Za organizację pracy i nadzór odpowiedzialny jest Lekarz Kierujący Oddziałem, podlegający bezpośrednio pod Dyrektora ds. Medycznych.

W czasie wizytacji na Oddziale przebywało ogółem 31 pacjentów, w tym 5 bez zgody.

Raz w tygodniu dyżur pełni Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, któremu dyrekcja Szpitala udostępnia gabinet znajdujący się poza obrębem Oddziału.

3. Mocne strony i dobre praktyki

Podczas wizytacji Oddziału przedstawiciele Rzecznika Praw Obywatelskich dostrzegli kilka mocnych stron placówki, do których należy zaliczyć przede wszystkim

dostęp do oddziałowego patio z ogródkiem. Dzięki niemu pacjenci mają możliwość swobodnego korzystania z pobytu na świeżym powietrzu. Należy podkreślić, że zgodnie z zaleceniami Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) *leczenie psychiatryczne powinno opierać się na zindywidualizowanym podejściu, które implikuje sporządzenie planu leczenia dla każdego pacjenta. Plan taki powinien obejmować szeroki zakres czynności rehabilitacyjnych i terapeutycznych, kontakt ze sztuką, teatrem, muzyką i sportem. Pacjenci powinni mieć regularny dostęp do właściwie wyposażonych pokoiów rekreacyjnych oraz mieć możliwość codziennych ćwiczeń na świeżym powietrzu; pożądane jest także stworzenie pacjentom możliwości nauki i odpowiedniej pracy*¹.

Podobnie pozytywnie wizytujący ocenili mieszane nocne zmiany pielęgniarskie, w których skład wchodzi zawsze kobieta i mężczyzna. Okoliczność ta jest szczególnie istotna w kontekście ewentualnych odczuć samych pacjentów, w tym m.in. ich poczucia intymności.

Wśród mocnych stron wizytowanej placówki należy wymienić ponadto okoliczność odbywającej się raz w miesiącu superwizji organizowanej dla zespołu terapeutycznego, pracującego z pacjentami Oddziału.

4. Problemy systemowe

Z ustaleń wizytujących wynika, że monitoringiem objęte są korytarze Oddziału, a także dwuosobowa sala pełniąca funkcję izolatki. W tym miejscu wskazać należy, że w żadnej ustawie regulującej pobyt pacjenta w szpitalu psychiatrycznym nie został zawarty przepis normujący kwestię stosowania w takiej placówce monitoringu, jak również zagadnień gromadzenia, przetwarzania i przechowywania nagrań z monitoringu. Kwestia ta znajduje się w sferze zainteresowań Rzecznika. W tym miejscu wypada zaznaczyć jedynie, że Ministerstwo Zdrowia podzielając stanowisko RPO wskazało, że projektowana zmiana ustawy o ochronie zdrowia psychicznego ureguluje bezpośrednio w ustawie podstawowe kwestie w zakresie monitorowania pomieszczenia, w którym realizowany jest przymus bezpośredni w postaci izolacji².

5. Obszary wymagające poprawy

5.1. Prawo do informacji

Podczas oglądu pomieszczeń wizytujący dostrzegli wywieszony na tablicy informacyjnej znajdującej się na korytarzu plan sprzątnięcia stołówki z podziałem na dni tygodnia oraz poszczególne sale pacjentów. Z wyjaśnień udzielonych przez personel

¹ Zob. pkt 37 Fragment Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98) 12], dostępny na stronie: <http://www.cpt.coe.int/lang/pol/pol-standards.pdf>.

² Zob. *Raport RPO z działalności w Polsce KMP w roku 2015*, s. 110-111.

Oddziału wynika, że dyżur taki został wprowadzony z inicjatywy samych pacjentów i ma on charakter dobrowolny. W ocenie pracowników BRPO o ile nie jest nieprawidłowością zobowiązywanie pacjentów do aktywności w zakresie porządkowania we własnych pokojach (co nasuwa przyjazne skojarzenia ze środowiskiem domowym), o tyle czym innym jest angażowanie ich do wykonywania prac zarezerwowanych dla osób otrzymujących z tego tytułu stałe wynagrodzenie. Z uwagi natomiast na dużą rotację pacjentów oraz stosunkowo krótki średni czas ich pobytu na Oddziale, wątpliwość może wzbudzać aktualność zgłoszonej przez pacjentów inicjatywy. Mimo, że w trakcie rozmów z pacjentami przedstawiciele KMP nie odebrali negatywnych sygnałów w tym zakresie, to informacja w swojej obecnej treści może wprowadzać pacjentów w błąd. Dlatego też przedstawiciele Mechanizmu zalecają uzupełnienie rozkładu dyżuru sprzątaniami znajdujących się na tablicy ogłoszeń o krótką informację wyjaśniającą jego nieprzymusowy charakter.

5.2. Warunki bytowe

Przedstawiciele KMP zwracają uwagę na potrzebę zapewnienia pacjentom dostępności obecnej na oddziale sygnalizacji alarmowo-przyzywowej, której przyciski nie były zamontowane we wszystkich salach pacjentów, bądź też były umieszczone w trudnodostępnych dla nich miejscach, a ponadto w czasie wizytacji były one pozbawione możliwości działania z uwagi na wyłączenie całej instalacji. W ocenie wizytujących sprawna i łatwo dostępna dla pacjentów, a szczególnie tych leżących, sygnalizacja alarmowo-przyzywowa jest konieczna dla podniesienia bezpieczeństwa wszystkich osób przebywających na Oddziale.

5.3. Sytuacja osób z niepełnosprawnościami

Wizytowany Oddział nie jest w pełni dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich. Zastrzeżenia wizytujących w tej materii dotyczyły głównie dostępności do niektórych pomieszczeń: wąskich drzwi do części sal i łazienek, zbyt wysoko umieszczonych włączników światła, klamek, luster czy umywalek, wąskiego i wysokiego progu drzwi prowadzących do patio z ogródkiem. W celu lepszego dostosowania Oddziału do potrzeb pacjentów z niepełnosprawnościami pożądane byłoby dokonanie przeglądu pomieszczeń, z których mogłyby korzystać takie osoby oraz uwzględnienie (np. podczas ewentualnych remontów) 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
- i) z możliwością podjazdu wózkiem,
- j) lustra w łazienkach zawieszane na wysokości do 100 cm od posadzki (dolna krawędź; pożądanym byłyby lustra umożliwiające ich pochylenie),
- k) stosowanie baterii jednouchwytowych z wydłużoną rączką lub na fotokomórkę, ułatwiającą korzystanie z nich osobom z niedowładem kończyn górnych,
- l) uchwyt do papieru umieszczony na wysokości do 120 cm,
- m) w jadalni wysokość stołu powinna oscylować między 67-80 cm,
- n) tablice informacyjne powinny znajdować się na wysokości od 80 cm (dolna krawędź) do 180 cm (górna krawędź).

Powyższe standardy zostały opracowane we współpracy z Fundacją Polska Bez Barier i uznane za optymalne z punktu widzenia potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Przedstawiciele KMP podkreślają, że zgodnie z przyjętą w dniu 1 sierpnia 1997 r. przez Sejm RP Kartą Praw Osób Niepełnosprawnych (M. P. z 1997 r. Nr 50, poz. 475), osoby niepełnosprawne mają prawo do życia w środowisku wolnym od barier funkcjonalnych. Nadto, Polska w dniu 6 września 2012 r. ratyfikowała przyjętą w dniu 13 grudnia 2006 r. przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169). Zgodnie z jej treścią należy umożliwić osobom z niepełnosprawnościami 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 ich zgodnie ze wskazanymi wyżej standardami, podczas najbliższego remontu placówki.

5.4. Legalność pobytu

Z dostępnej w trakcie wizytacji dokumentacji wynika, że o przyjęciu pacjenta wbrew woli na Oddział decyduje tylko jeden lekarz, nie zasięgając opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa, mimo że z uwagi na dzień i porę przyjęcia powinna istnieć ku temu taka możliwość organizacyjna. W przypadku pacjenta [*dane usunięto*], który został zatrzymany w Szpitalu w trybie art. 28 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego³ w dniu 14 września 2016 r., tj. w środę, o godz. 10⁴⁵

³ Dz. U. z 2016 r., poz. 546 ze zm., dalej: ustawa o o.z.p.

decyzja o zatrzymaniu nie była opiniowana, mimo że z ustaleń eksperta KMP wynika, że w poniedziałki i środy w godzinach przedpołudniowych na Oddziale obecnych powinno być 3 lekarzy.

Przedstawiciele KMP podkreślają, że stosownie do dyspozycji art. 23 ust. 2 ustawy o 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 cytowany wyżej przepis ustawy nie nakłada bezwzględnego 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. Niepokojąca jest bowiem praktyka, która co do zasady wyklucza zasięgnięcie opinii drugiego psychiatry lub psychologa. 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 lekarskie⁴*.

Przedstawiciele KMP rekomendują, aby przy wydawaniu decyzji o przyjęciu pacjenta na Oddział Psychiatrii, zasięgać w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa, chyba że nie będzie to możliwe ze względu na brak jego obecności.

Dokonana w trakcie wizytacji analiza akt związanych ze stosowaniem przymusu bezpośredniego wobec pacjentów przyjętych bez zgody wskazuje na nieprecyzyjność prowadzonej dokumentacji.

Dla przykładu, w karcie zastosowania unieruchomienia lub izolacji pacjenta [*dane usunięto*] w okresie od 24 września 2016 r. godz. 22⁰⁰ do dnia 25 września 2016 r. godz. 9⁰⁰ w miejscu tabeli z informacją o zakończeniu zastosowania unieruchomienia lub

⁴ 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>.

izolacji widnieje nieczytelny podpis osoby decydującej o zakończeniu przymusu oraz brakuje pieczętki tej osoby. Z kolei w tabeli dotyczącej obserwacji pacjenta jako początek zabezpieczenia została wpisana godz. 22⁰⁰, a pierwsze uwolnienie o godz. 5⁴⁵, tj. po upływie 7h i 45 min. W kolejnych rubrykach czasowych odnotowano spokój pacjenta (pkt 8 wg rozporządzenia) oraz jednocześnie jego chwilowe zwolnienie (pkt 12), trwające nieprzerwanie przez 3h, aż do zakończenia stosowania przymusu, tj. do godz. 9⁰⁰. W ocenie eksperta KMP powyższe może ponadto wskazywać na konieczność wcześniejszego zakończenia przymusu stosowanego wobec pacjenta.

W indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta [*dane usunięto*] znajdują się wpisy lekarza oceniającego potrzebę przedłużania stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjenta. Wpisy te nie zawierają jednak informacji, czy pacjenta informowano o potrzebie dalszego zabezpieczenia oraz okresie jaki upłynął od początku stosowania zabezpieczenia.

Z kolei w raporcie „plan opieki pielęgniarskiej i jego modyfikacji” pacjenta [*dane usunięto*] znajduje się wpis informujący o zastosowaniu wobec niego przymusu bezpośredniego. Wpis nie zawiera jednak informacji o tym jakie osoby uczestniczyły w zastosowaniu przymusu, kto zlecił jego zastosowanie oraz brak jest informacji o przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego, w tym o jego skutkach dla zdrowia pacjenta.

Powyższe przykłady wskazują zatem na niedochowanie wymogów określonych w § 13 ust. 1 i 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).

Wskazać należy, że zakres informacji, wpisywanych w raportach pielęgniarskich, a dotyczących zastosowania przymusu bezpośredniego jest niepełny. Na ogół zawiera tylko przyczyny zastosowania unieruchomienia, natomiast pomija informacje o osobie zlecającej, osobach wykonujących, przebiegu, czasie stosowania oraz o uprzedzeniu tej osoby, że przymus ma być wobec niej zastosowany. Przedstawiciele Mechanizmu wskazują na konieczność pełnego dokumentowania przypadków zastosowania przymusu, zgodnie z wymogami rozporządzenia z dnia 28 czerwca 2012 r.

W skierowanym do kierownika podmiotu leczniczego zawiadomieniu o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wobec pacjenta [*dane usunięto*], które nastąpiło w dniu 31 sierpnia 2016 r. o godz. 23³⁰ nie odnotowano jaki był przebieg zastosowania zabezpieczenia (pkt 5 ppkt 3), nie wskazano jakie były skutki zastosowania przymusu dla zdrowia pacjenta (pkt 5 ppkt 4), nie zaznaczono czy przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedzono o tym osobę, wobec której środek ten został podjęty (pkt 5 ppkt 5), nie wpisano oceny kierownika podmiotu leczniczego lub

upoważnionego lekarza, a za kierownika podmiotu leczniczego/upoważnionego lekarza podpisał się prokurent Szpitala niebędący lekarzem.

Tożsame uchybienia stwierdzono w zawiadomieniu kierownika podmiotu leczniczego w sprawie zastosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjenta [*dane usunięto*] w dniu 17 sierpnia 2016 r. od godz. 21¹². Podobnie także w przypadku pacjenta [*dane usunięto*], wobec którego przymus bezpośredni był stosowany od godz. 7⁴⁵ w dniu 6 lipca 2016 r.

O ile konieczność wpisywania określonych informacji wynika wprost z druku zawiadomienia, stanowiącego załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia, o tyle jeśli chodzi o ocenę kierownika podmiotu leczniczego lub upoważnionego przez niego lekarza o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wskazać należy, że oceny takiej nie powinien dokonywać kierownik podmiotu leczniczego (lub działający w imieniu podmiotu leczniczego prokurent), jeżeli nie posiada on specjalistycznej wiedzy dotyczącej przedmiotowej materii. W takiej sytuacji powinien on wyznaczyć do takiej czynności lekarza z odpowiednim zasobem umiejętności, gdyż dopiero wówczas ocena taka mogłaby zostać uznana za realną i rzetelną. Na marginesie należy wskazać, że konieczność wyznaczenia upoważnionego lekarza w takiej sytuacji została podniesiona także w sprawozdaniu z dnia 20 czerwca 2016 r. z kontroli Oddziału przez sędziego Sądu Rejonowego w Kościerzynie. Przedstawiciele KMP zalecają zatem wypełnienie powyższego standardu.

W przeanalizowanych kartach zastosowania przymusu bezpośredniego w rubryce „przyczyna” używano następujących zapisów: „pobudzenie psychoruchowe, zaburzenia jakościowe świadomości, majaczenie drzenne, ZZA” (pacjent [*dane usunięto*]), „zaburzenia jakościowe świadomości-majaczenie, pobudzenie psychoruchowe, negatywistyczny” (pacjentka [*dane usunięto*]). Natomiast zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy o o.z.p. *przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia albo osoby te: 1) dopuszczają się zamachu przeciwko: a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub 2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub 3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.* W ocenie przedstawicieli KMP przywołane powyżej zapisy z dokumentacji medycznej niezbyt precyzyjnie oddają przesłanki uzasadniające zastosowanie przymusu bezpośredniego w zgodzie z zapisami ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. O ile można abstrahować, że ww. stany chorobowe mogą powodować zaistnienie owych przesłanek, to jednak właściwym byłoby używanie sformułowań, które w sposób

jednoznaczny opisują zachowania pacjenta wskazujące na spełnienie przesłanek do zastosowania przymusu bezpośredniego. Na marginesie należy nadmienić, że personel Oddziału zaprzeczył, aby stosowano w Szpitalu przymus bezpośredni na życzenie pacjenta.

5.5. Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne

Na Oddziale zatrudnione są dwie terapeutki zajęciowe, dzięki czemu zajęcia terapii zajęciowej mogą odbywać się od poniedziałku do piątku w godzinach od 7⁰⁰ do 18³⁰. Oddział dysponuje dwiema salami terapii zajęciowej (jedna znajduje się poza obrębem Oddziału), gdzie pacjenci mogą uczestniczyć m.in. w zajęciach plastycznych czy kulinarnych, a także korzystać z muzyko-, biblio-, ludo- czy ergoterapii. W ocenie wizytujących niedosyt budzić może niewielka ilość książek oraz brak audiobooków, z których pacjenci, w tym osoby słabowidzące, mogliby skorzystać. Z wyjaśnień personelu wynika, że większość dostępnych w sali terapii woluminów pochodzić ma z prywatnych zbiorów pracowników Oddziału z uwagi na brak środków finansowych przeznaczonych na ten cel. W ocenie przedstawicieli Mechanizmu dobrym rozwiązaniem byłoby zatem poszerzenie oferty biblioteczej dla pacjentów, w szczególności o audiobooki, z których mogłyby korzystać osoby słabowidzące.

Z poczynionych przez wizytujących ustaleń wynika (m.in. na podstawie planu zajęć znajdującego się na tablicy informacyjnej w korytarzu Oddziału), że zorganizowane formy aktywności pacjentów mają miejsce przede wszystkim w dni robocze. W związku z tym przedstawiciele KMP zwracają uwagę, że zgodnie z treścią przepisu § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych (Dz. U. z 2014 r., poz. 522), w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy pacjentom zapewnia się również dostęp do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną. Dlatego też przedstawiciele Mechanizmu podkreślają, że ważne jest zorganizowanie czasu wolnego pacjentom również w weekendy.

5.6. Kwalifikacje personelu

W trakcie wizytacji przedstawiciele Mechanizmu powzięli informacje, że ostatnie szkolenie personelu dotyczące przymusu bezpośredniego oraz jego stosowania miało miejsce w lipcu 2012 r., tj. po wejściu w życie nowego wówczas 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). Pomimo braku znaczących zmian prawnych w tym przedmiocie w ocenie pracowników BRPO zasadnym jest cykliczne organizowanie tego typu szkoleń w celu odświeżenia wiedzy i umiejętności personelu

Oddziału, w szczególności wobec stwierdzonych podczas wizytacji uchybień związanych z dokumentowaniem stosowania przymusu. Z informacji udzielonych przez Szpital po zakończeniu wizytacji wynika, że szkolenie w tym zakresie zostało zaplanowane na listopad bieżącego roku (przybliżony termin realizacji).

Przedstawiciele KMP rekomendują zatem kontynuację podejmowania starań o zorganizowanie szkoleń dotyczących sposobu stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego oraz wskazują, że szkolenia takie powinny przewidywać ćwiczenia praktyczne, a także pokazywać jak prawidłowo prowadzić dokumentację. Ważne również, aby część praktyczna takiego szkolenia obejmowała swoim zakresem tematykę bezpiecznego stosowania przymusu, w szczególności wobec osób z niepełnosprawnościami.

6. Zalecenia

Na podstawie art. 19 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, przedstawiciele KMP zalecają Prezesowi Zarządu Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie sp. z o.o.:

- 6.1 uzupełnienie znajdującego się na tablicy informacyjnej Oddziału Psychiatrycznego planu sprzątnięcia stołówki przez pacjentów o informację wyjaśniającą dobrowolny charakter takiego dyżuru;
- 6.2 zapewnienie dostępności sygnalizacji alarmowo-przyzywowej w Oddziale Psychiatrycznym poprzez jej włączenie oraz doposażenie w nią wszystkich sal pacjentów Oddziału, mając jednocześnie na uwadze zapewnienie łatwego dostępu do niej przez osoby leżące;
- 6.3 dokonanie przeglądu pomieszczeń Oddziału Psychiatrycznego, z których mogą korzystać osoby z niepełnosprawnościami i dostosowanie tych pomieszczeń, zgodnie ze standardami wskazanymi w pkt 3.3. Raportu, podczas najbliższego remontu Oddziału;
- 6.4 aby, w przypadku przyjmowania/zatrzymywania w Szpitalu pacjenta bez jego zgody na podstawie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, zapewnić opiniowanie decyzji w tym zakresie przez drugiego lekarza psychiatrę lub psychologa - w sytuacji gdy istnieją ku temu możliwości organizacyjne;
- 6.5 wyznaczenie lekarza, który z upoważnienia kierownika podmiotu leczniczego dokonywałby w jego imieniu oceny zastosowania przymusu bezpośredniego;

- 6.6 zorganizowanie dla personelu Oddziału Psychiatrycznego szkoleń z zakresu sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego, a także jego realizacji wobec osób z niepełnosprawnościami;
- 6.7 zwrócenie uwagi personelowi Oddziału Psychiatrycznego na konieczność prawidłowego dokumentowania przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego;
- 6.8 zapewnienie pacjentom w dni wolne, 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), dostępu do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną;
- 6.9 doposażenie sali terapii zajęciowej o kolejne woluminy oraz audiobooki dla osób słabowidzących.