

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ PODKOMISJI STAŁEJ

DO SPRAW ZDROWIA PSYCHICZNEGO

(NR 7)

z dnia 11 września 2024 r.

**Komisja
Zdrowia**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw zdrowia psychicznego (nr 7)

11 września 2024 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia psychicznego, obradująca pod przewodnictwem posła **Marty Golbik (KO)**, przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

– informację na temat stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

W posiedzeniu udział wzięli: **Wojciech Konieczny** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Justyna Baduchowska** naczelnik wydziału w Departamencie Spraw Rodzinnych i Nieletnich oraz **Roman Kaczor** naczelnik wydziału w Departamencie Wykonania Orzeczeń i Probacji Ministerstwa Sprawiedliwości, **Magdalena Fabisiak** dyrektor Departamentu Pomocy Społecznej w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej wraz ze współpracownikiem, **Elżbieta Kilan** główny specjalista w Sekcji Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Piotr Kulesza** zastępca dyrektora Biura Prewencji Komendy Głównej Policji, **Damian Marciniak** dyrektor Departamentu do spraw Zdrowia Psychicznego w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta wraz ze współpracownikiem, **Adam Wiącek** naczelnik Wydziału Nadzoru nad Policją w Departamencie Porządku Publicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, **Karolina Wirszyć-Sitkowska** p.o. dyrektor Delegatury Najwyższej Izby Kontroli w Poznaniu, **Jadwiga Łuczak** przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, **Mariola Łodzińska** prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz **Dorota Ronek** wiceprzewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, oraz **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł **Marta Golbik (KO)**:

Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw zdrowia psychicznego. Witam członków podkomisji i zaproszonych gości. Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Informacje przedstawiają minister zdrowia oraz rzecznik praw pacjenta.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Informuję, że materiały zostały wysłane do państwa posłów na maile i zamieszczone w folderze SDI i na iPadach. Dostępne są również w formie papierowej.

Informuję, że jest dzisiaj z nami pan minister Konieczny, natomiast rzecznik praw pacjenta upoważnił pana Damiana Marciniaka, dyrektora Departamentu do spraw Zdrowia Psychicznego w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta do prezentowania stanowiska rzecznika praw pacjenta. Bardzo proszę przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, a następnie przedstawiciela rzecznika praw pacjenta, o przedstawienie informacji. Panie ministrze, bardzo proszę.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia **Wojciech Konieczny**:

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, szanowni państwo, sprawa dotycząca przymusu bezpośrednio jest dość dokładnie określona w polskim prawodawstwie, w różnych aspektach tego prawodawstwa dotyczących zastosowania przymusu bezpośredniego u pacjentów, czy też osób, które wymagają tego a jeszcze nie są pacjentami, przez jednostki ochrony zdrowia, czyli począwszy od pogotowia ratunkowego, poprzez izby przyjęć, SOR-y, po oddziały szpitalne, które nie są oddziałami psychiatrycznymi oraz oczywiście izby przyjęć i oddziały psychiatryczne o różnym stopniu zaawansowania.

W zależności od tego, o jakim oddziale mówimy, czy jest to oddział standardowy, czy oddział psychiatrii sądowej o podwyższonym nadzorze, czy o drugim stopniu podwyższonego nadzoru, to oczywiście mamy pewne różnice w regulacjach. Natomiast generalnie należy powiedzieć, że według naszego prawodawstwa mamy kilka form przymusu bezpośredniego. Przymusowe zastosowanie leków, unieruchomienie, izolacje, to są podstawowe rodzaje zastosowania przymusu bezpośredniego.

Zasady przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi są oczywiście regulowane w ten sposób, że dopuszczają zastosowanie przymusu bezpośredniego, jeżeli dana osoba dopuszcza się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby, lub bezpieczeństwu powszechnemu, lub w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie zakładu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, innego zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej. Zawsze o zastosowaniu przymusu bezpośredniego ma decydować lekarz. Oczywiście są odstępstwa. Jeżeli w danej chwili lekarz nie jest obecny, tę decyzję może podjąć pielęgniarka, aczkolwiek wówczas jest zobowiązana do natychmiastowego powiadomienia lekarza o wyborze i konieczności zastosowania jednego ze środków przymusu bezpośredniego.

Oczywiście są odrębne przepisy, jeśli chodzi o przedłużenie tych środków. Do tego są konieczne albo decyzje lekarza albo decyzje lekarza psychiatry, w zależności od tego, jak długi ma to być czas. Jest również konieczność powiadamiania kierowników podmiotów leczniczych, jeśli jest zastosowany przymus bezpośredni bez udziału lekarza psychiatry. Są również przepisy, które określają, iż należy powiadamiać osoby, które są wyznaczone do tego, upoważnione przez marszałka województwa, lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii również, jeśli na przykład zastosowanie przymusu bezpośredniego zachodzi w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej. Tak więc te nasze przepisy określają kilka form i kilka miejsc czy też sytuacji, w których do tego przymusu może dochodzić.

Oczywiście jest doprecyzowane, na czym polegają te środki. Może nie będę cytował przepisów ustawy, ale są one dostosowane do tego, w jakiej sytuacji znajduje się pacjent. Pacjent ma być powiadomiony o tym, że będzie zastosowany środek przymusu. Ten środek przymusu ma być tak dobrany, aby był najmniej uciążliwy dla pacjenta w danej sytuacji, ale oczywiście realizował swoje założenia, skuteczność w celu ochrony zarówno tego pacjenta, jak i innych pacjentów znajdujących się w bezpośrednim otoczeniu. Również oczywiście chodzi o bezpieczeństwo personelu, który udziela pomocy. Unieruchomienie może polegać również na izolacji i to jest dość częsty sposób używania przymusu bezpośredniego.

Izolacja również ma być stosowana przez określony czas. Ma być monitoring wszystkich sposobów wprowadzenia przymusu bezpośredniego. Monitoring jest konieczny. Mamy możliwość monitoringu zarówno poprzez możliwości wizyjne, jak i badanie pacjenta, sprawdzanie jego sytuacji co 15 minut w razie unieruchomienia, również w nocy, więc jest to doprecyzowane. Przepisy dość dokładnie opisują i weryfikują równocześnie zasadność zastosowania tych środków.

Te środki stosuje się oczywiście nie dłużej niż do czasu, kiedy przyczyna, dla której zostały zastosowane, nie ustępuje. Czyli, nawet jeżeli jest zaplanowane na 4 godziny czy 6 godzin, jeżeli ten środek już nie wymaga zastosowania, jest on uchylany. To jest oczywiście decyzja personelu medycznego, generalnie w praktyce można powiedzieć, że lekarza. Mamy również przepisy, które mówią, że jeżeli sytuacja ma miejsce poza szpitalem, na przykład w momencie, kiedy pogotowie ratunkowe udziela pomocy pacjentowi, inne jednostki, takie jak policja czy służba więzienna, czy państwowa straż pożarna, są zobowiązane do udzielenia pomocy personelowi medycznemu przy zastosowaniem przymusu bezpośredniego.

Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego jest w odpowiedni sposób kontrolowana, tak jak mówiłem albo przez lekarza, albo przez kierownika podmiotu, albo przez wyznaczonych lekarzy psychiatrów. Kontrola czasu jest odpowiednio dokumentowana i opisuje się stan pacjenta tak, aby udokumentować, że akurat w tym okresie ta forma unieruchomienia czy innego zastosowania środka przymusu jest konieczna do zastosowania.

Wszystko mamy podzielone na pewne okresy, kiedy można zadecydować – na 4 godziny, przedłużenie o 4, przedłużenie o 6 godzin. Jest opisane w przepisach,

kto może podjąć taką decyzję, jak ją dokumentować, jak to ma być kontrolowane, kogo powiadomić o przedłużeniu. Wszystkie te przepisy mamy szczegółowo opisane.

Można powiedzieć jeszcze, że jeżeli chodzi o jednostki pomocy społecznej, to przedłużenia stosowania przymusu bezpośredniego, jeżeli jest brak uzyskania zlecenia lekarskiego, może dokonać pielęgniarka, aczkolwiek na czas nie dłuższy niż 4 godziny. Również jest opisane, kiedy i kto może zadecydować o przewiezieniu pacjenta do oddziału psychiatrycznego, na przykład z domu pomocy społecznej. Te przepisy mamy zawarte w ustawie i w rozporządzeniach, które do ustawy zostały uchwalone.

Oczywiście jeżeli chodzi o odnotowanie w dokumentacji medycznej zastosowania środków przymusu bezpośredniego, to mamy bardzo dokładnie opisane wszystkie elementy zarówno identyfikujące pacjenta, jak i opisujący jego stan fizyczny, psychiczny oraz to, jaki rodzaj przymusu został zastosowany, w jakim czasie, dlaczego został ewentualnie uchylony czy zmieniony. Tak więc ta dokumentacja ma być prowadzona rzetelnie i szczegółowo.

Oczywiście osoby, które stosują przymus bezpośredni, powinny być odpowiednio poinstruowane. Powinny być przeszkolone w tym, jakie metody mogą zastosować w jakich okolicznościach, jak je udokumentować, jak je monitorować i również mamy wskazane, kto odpowiada za przeszkolenie tych osób. Są to przeważnie kierownicy podmiotu leczniczego czy jednostki organizacyjnej pomocy społecznej, dysponenti zespołów ratownictwa medycznego, w zależności od tego, gdzie to zachodzi.

Może jeszcze uwaga, że przymus bezpośredni można również zastosować, aby zapobiec samowolnemu oddaleniu się pacjenta, co może spowodować zagrożenie dla jego życia, jeżeli jest oczywiście pacjentem szpitala psychiatrycznego. Mamy również przepisy dotyczące wykonywania postanowień sądowych. Tak jak mówiłem, to już są oddziały psychiatrii sądowej, które realizują wyroki sądu czy wskazania, które wynikają z racji nie tylko stanu psychicznego, ale i decyzji sądu. Wtedy są stosowane odpowiednie przepisy.

Dość istotne są na pewno kontrola i badanie przez sędziego prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej zastosowania przymusu bezpośredniego lub rejestru przypadków zastosowaniem przymusu bezpośredniego, z uwzględnieniem danych utrwalonych przy pomocy urządzeń monitorujących. Taka możliwość jest. Taki monitoring ma być prowadzony i kontrole w tym zakresie wykonują również sędziowie albo stale, albo doraźnie, w zależności od sytuacji, w której taki przymus zostaje zastosowany. Po zakończeniu kontroli sędzia zapoznaje kierownika kontrolowanego przedmiotu z jej wynikami. Oczywiście po to, aby zapobiec ewentualnym nieprawidłowościom i aby dać możliwość ustosunkowania się do ewentualnych wskazań czy zarzutów, czy ustaleń, które po kontroli zostały dokonane.

Proszę państwa, można powiedzieć, że przepisy, którymi dysponujemy, mają również pewne luki. Zauważamy taką lukę w postaci braku jednoznacznych przepisów dotyczących przeszukania pacjentów, aby odpowiednio była zachowana ich intymność i ich prywatność, a jednocześnie, żeby nie doprowadzić do sytuacji, w której mogą zagrozić sobie poprzez to, że posiadają i mogą użyć przedmiotów, które są potencjalnie niebezpieczne. To może być rzecz, którą powinniśmy doprecyzować, gdyż takie są uwagi, które do nas trafiają. Jest to sprawa delikatna, ponieważ wiąże się oczywiście z odpowiedzialnością. Czasami czy to zapalniczka, czy jakiś mały przedmiot może spowodować bardzo duże konsekwencje u pacjenta, który na przykład jest izolowany i może w jakiś sposób sobie zaszkodzić. Niewątpliwie to przeszkącenie musi się odbywać i jest odpowiedzialność personelu, aby było skuteczne.

Są pewne wskazówki odnośnie do monitoringu, że można by zmienić jego zasady, również ze względu na to, iż dysponujemy innymi środkami technicznymi niż wcześniej. Nasze nowelizacje tych rozporządzeń ustawy są stosunkowo nie tak dawne, bo z 2017 r., więc przepisy nie są archaiczne, ale wiadomo, że technika posuwa się do przodu i pewne możliwości powinny być w większym zakresie wykorzystywane.

To, co jest być może zainteresowaniu Komisji, to oczywiście przypadki, kiedy te środki przymusu bezpośredniego są nadużywanie lub stosowane w sposób nieadekwatny do sytuacji. Takie sytuacje oczywiście się zdarzają. One są kontrolowane zarówno przez wymiar sprawiedliwości, jak i przez kierowników podmiotów leczniczych oraz przez NFZ. Mamy różne możliwości kontroli. Powiem w ten sposób – są to często sytuacje nagle, nieprzewidziane, które zachodzą w określonej sytuacji personelu medycznego.

Jeżeli zachodzą one w oddziałach psychiatrycznych, gdzie tego personelu jest odpowiednia liczba, są do tego wszyscy przygotowani i po prostu spodziewają się tych sytuacji, to nieco inaczej wyglądają procedury i ich prawidłowość.

Zapewne o wiele trudniej jest dotrzymać wszystkich tych zaleceń w sytuacjach szpitalnych oddziałów ratunkowych, takiej medycyny ogólnej, gdzie te sytuacje nie zdarzają się codziennie. Jest jednak wskazanie, aby mimo to personel był oczywiście odpowiednio przygotowany, przeszkolony, uczulony na to, aby wszystkich tych przepisów przestrzegać. I mimo to, że sytuacja jest w pewnym sensie wykraczająca poza normalną działalność w danej dziedzinie medycyny, każdy powinien być przygotowany na to, aby w tej sytuacji odpowiednio zadziałać, gdyż nie zwalnia to również tych pracowników z zastosowania pomocy medycznej, która jest potrzebna w danej jednostce chorobowej. Czyli, jeżeli mamy do czynienia z pacjentem, który trafia z powodów neurologicznych, a nie psychiatrycznych czy innych, czy jest pod wpływem jakichś środków i należy zastosować leczenie, aby go uratować, no to przy okazji personel powinien zastosować środki przymusu, jeśli jest taka potrzeba, bezwzględnie i szybko i w taki sposób, aby życie tego pacjenta było uratowane i żeby jednocześnie był zabezpieczony od tej strony psychiatrycznej, tej o której dzisiaj rozmawiamy. Może na wstępie tyle z mojej strony. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękujemy panie ministrze za szeroką wypowiedź. Bardzo proszę teraz pana Damiana Marciniaka, pana dyrektora, o zabranie głosu w imieniu rzecznika praw pacjenta.

Dyrektor Departamentu do spraw Zdrowia Psychicznego w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta Damian Marciniak:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowne panie posłanki, szanowni panowie posłowie, szanowni państwo, pozwólcie, że pominę część dotyczącą przepisów regulujących stosowanie przymusu bezpośredniego, o czym pan minister również dość szeroko powiedział i zaprezentuję państwu informacje dotyczące tego, jak przymus bezpośredni jest stosowany w podmiotach leczniczych. Jako Departament do spraw Zdrowia Psychicznego, który w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta zajmuje się ogólnie rzecz biorąc całym obszarem opieki psychiatrycznej, gromadzimy dane zarówno statystyczne, jak i dotyczące naruszeń i skarg, które wpływają do rzecznika praw pacjenta w zakresie obszaru opieki psychiatrycznej, ze szczególnym właśnie uwzględnieniem obszaru stosowania przymusu bezpośredniego.

Gwoli tylko takiego podstawowego założenia chciałbym podkreślić, że stosowanie przymusu bezpośredniego jest bardzo istotnym naruszeniem prawa człowieka. Dlatego konieczne jest jego właściwe uregulowanie i musi być on odpowiednio uzasadniony. Od strony regulujących to przepisów prawnych mamy to dość szczegółowo dookreślone, ale ja chciałbym państwu przedstawić, jak to wygląda w praktyce w podmiotach leczniczych i na co najczęściej skarżą się w tym obszarze pacjenci.

Jeżeli chodzi o dane statystyczne, to za rok 2023 kierownicy podmiotów leczniczych sprawozdali do Biura Rzecznika Praw Pacjenta, że w tymże roku zastosowano przymus bezpośredni w podmiotach leczniczych 23 028 razy. Jeżeli chodzi o liczbę osób, wobec których zastosowano ten przymus, to w oddziałach psychiatrycznych dzieci i młodzieży było to 2565 osób, w oddziałach dzieci i młodzieży psychiatrii sądowej 549, w oddziałach psychiatrii dorosłych 10 694, w oddziałach psychiatrii sądowej dorosłych 564 i w oddziałach dorosłych detoksykacyjnych 861.

Jeżeli chodzi o pierwsze półrocze 2024 r., od stycznia do czerwca, ogółem przymusów zastosowano wobec pacjentów 10 922, w tym w oddziałach psychiatrycznych dzieci i młodzieży 1333, w oddziałach dzieci i młodzieży psychiatrii sądowej 384, dorosłych 8158, sądowych dorosłych 389 i dorosłych detoksykacyjnych 658. Przedstawiam te dane też po to, żeby pokazać państwu, że liczba zastosowanego przymusu bezpośredniego nie jest adekwatna do liczby pacjentów, wobec których zastosowano ten przymus. Z tego można wysnuć prosty wniosek, że często jest tak, że wobec jednego pacjenta wielokrotnie stosuje się przymus bezpośredni.

Z naszych obserwacji, danych, które posiadamy, wynika że najczęstszym rodzajem stosowanego przymusu bezpośredniego i dokumentowanego przymusu bezpośredniego – do tego jeszcze wróć – jest nadal unieruchomienie, czyli zapięcie w pasy, w pasy

magnetyczne, w sali, która powinna być salą osobną, jednak często w praktyce podmiotów jest to sala wieloosobowa. Bardzo często w naruszeniach prawa pacjenta w tym zakresie wskazujemy, że były to sale wieloosobowe, gdzie nawet nie zastosowano parawanu.

Dlaczego mówię po pierwsze, że unieruchomienie? Dlatego że w bardzo wielu podmiotach po prostu brakuje sali do izolacji pacjentów. Wiemy z doświadczenia, ale także z opinii pacjentów, że często sale izolacji są dla nich bardziej znośne. To, że ktoś przebywa w przymusie bezpośrednim w sali izolacji, według nich dużo bardziej uwzględnia ich potrzeby i komfort niż zapinanie w pasy, ale z tym mamy problem i warto o tym mówić – w podmiotach leczniczych tych sali do prowadzenia izolacji często nie ma.

Jeżeli chodzi o informacje dotyczące form przymusu bezpośredniego, to tak jak pan minister powiedział, oprócz tego mamy dodatkowe dwie formy przymusu, czyli przymusowe podanie leku i przytrzymanie. Tutaj mamy bardzo duży problem, ponieważ bardzo często podmioty lecznicze nie zakładają karty zastosowania przymusu bezpośredniego na te dwie formy lub też zdarza się, że unieruchomienie poprzedzone jest zastosowaniem innej formy przymusu, chociażby przytrzymaniem czy przymusowym podaniem leku.

Zdarza się, i to też warto podkreślić, że jeżeli nawet mamy w podmiotach leczniczych sale do izolacji, to są to sale, które są niemonitorowane pomimo tego, że przepisy wskazują, że taki monitoring powinien być. Wiem, że dzisiaj będzie prezentowana informacja dotycząca raportu NIK w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży, ale pozwolę sobie w tym zakresie także do tego się odnieść. Wiemy też, że niektórzy z kierowników podmiotów, i to potwierdzamy, stosując unieruchomienie na sali do izolacji nie prowadzą monitoringu, ponieważ przepisy wprost wskazują, że taki monitoring powinien być prowadzony tylko wtedy, kiedy przymus prowadzony jest w formie izolacji a nie unieruchomienia.

Jeżeli chodzi o skargi pacjentów, szanowni państwo, to za rok 2023 takich skarg dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego do Biura Rzecznika Praw Pacjenta wpłynęło 132, ale aż 394 działania podjęli rzecznicy praw pacjenta szpitala psychiatrycznego z własnej inicjatywy. To też jest bardzo znamienne, więc króciutko pozwolę sobie to scharakteryzować.

Po pierwsze, rzecznicy praw pacjenta szpitala psychiatrycznego to osoby, które pełnią funkcję w podmiotach leczniczych i na co dzień odwiedzają podmioty lecznicze, oddziały psychiatryczne i mają możliwość zobaczenia, jak w praktyce stosowany jest przymus bezpośredni. 132 zgłoszenia, 394 własne inicjatywy – to wynika z prostego powodu. Pacjenci często nie wiedzą, jakie prawa mają w kontekście stosowania przymusu bezpośredniego. Częściej, jak widać z tej statystyki, to rzecznicy praw pacjenta szpitala psychiatrycznego dostrzegają naruszenia w tym obszarze niż sam pacjent wie, że coś jest nie tak w kontekście tego zabezpieczenia albo że zostały naruszone jego prawa.

Czego najczęściej dotyczą skargi pacjentów? Po pierwsze, to brak zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego. Zgłaszający podważają potrzebę zastosowania tak drastycznej interwencji wobec pacjenta.

Tu odniosę się do praktyki, którą zauważamy, że w części podmiotów, według osoby, która podejmuje decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego, w karcie zastosowania, gdzie musi podać uzasadnienie podjęcia takiego przymusu, wystarczy wpisanie cytatu z ustawy na przykład, że zagraża swojemu życiu i zdrowiu. Rzecznik praw pacjenta nie podziela tej opinii oczywiście. Wskazuje, że jest to działanie niezgodne z prawem. Jeżeli lekarz podejmuje decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego, powinien opisać sytuację, która rzeczywiście zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta, czyli dokładnie wskazać okoliczności tego, dlaczego przymus bezpośredni został zastosowany.

Drugim obszarem, który wskazują pacjenci, jest niewłaściwe zachowanie i brutalność personelu przy przytrzymaniu i unieruchomieniu, wypowiedzi i komentarze kierowane pod adresem pacjentów naruszające ich godność, niewłaściwe techniki unieruchomienia. Ponieważ część tych unieruchomień jest prowadzona na salach izolacji, gdzie jest monitoring, muszę państwu powiedzieć, że niestety to się potwierdza – z jednej strony brutalność. Ja mogę powiedzieć o dwóch przypadkach, kiedy personel medyczny w kontekście zastosowania przymusu bezpośredniego chociażby przyciskał pacjenta nogą, kolanem, do łóżka po to, żeby zapiąć go w pasy pneumatyczne. Druga sytuacja, która też

jest znamienne, że zastosowano tę przemoc wobec osoby, która spokojnie weszła do tej sali izolacji, położyła się sama na łóżku i czekała, aż zostanie zapięta w pasy.

Myślę, że tu bardzo istotne jest to, co pan minister powiedział, czyli konieczność stosowania przymusu bezpośredniego przez osoby przeszkolone w tym zakresie. My bardzo często kierując zalecenia do podmiotów leczniczych wskazujemy, że to szkolenie nie może być jedynie teoretyczne, ale powinno być praktycznym szkoleniem z zastosowania środka przymusu bezpośredniego, tak by personel medyczny po pierwsze, potrafił to zrobić, ale w bardzo szybkim czasie. Chodzi o to, żeby bardzo szybko przeprowadzić taką operację, bo to gwarantuje bezpieczeństwo personelu i także bezpieczeństwo pacjenta, który, jeżeli jest pobudzony, to rzeczywiście jest bardzo aktywny w tym czasie.

Trzeci powód, często zgłaszany przez pacjentów, to jest brak chwilowego zwolnienia z unieruchomienia w celu zaspokajania potrzeb fizjologicznych, przyjęcia płynów lub posiłków. Zdarzają się podmioty, które nadal stosują technikę, w której pacjent jest zabezpieczony pampersiem przez cały okres unieruchomienia, co też jest naruszeniem praw pacjenta i jest stwierdzeniem często podejmowanym przez rzecznika praw pacjenta. To zwolnienie powinno być odnotowane w karcie zastosowania przymusu bezpośredniego. Jeżeli widzimy w takiej karcie, że stosowany przymus kilkugodzinny nie obejmuje takich czynności, to znaczy, że personel nie zastosował się do potrzeb pacjenta i także w tym kontekście stwierdzamy naruszenie.

Czwartym powodem, dla którego pacjenci zgłaszają swoje skargi, jest brak właściwego zabezpieczenia, ochrony przed innymi pacjentami. To już mówiłem. Warunki naruszające godność, intymność pacjentów – unieruchomienie na sali wieloosobowej lub na korytarzu. Tutaj też spotykamy się z sytuacjami, w których personel w ten sposób to tłumaczy, że jeżeli osoba jest unieruchomiona, a nie musi być monitorowana, bo tego monitoringu wymaga tylko izolacja, to lepiej by była na korytarzu przed stanowiskiem pielęgniarskim niż miałaby być zabezpieczona gdzieś na sali wieloosobowej za parawanem. Także nie podzielamy takiego zdania, ponieważ jest wtedy na widoku wszystkich i praktycznie każdy, kto przechodzi, widzi osobę, która jest zabezpieczona.

Piąty powód, brak uprzedzenia o zastosowaniu przymusu, straszenie pacjentów zastosowaniem pasów w sytuacjach, które nie spełniają wymogów zastosowania takich metod. Tutaj też można wprost wskazać, że bardzo często, kiedy mamy do czynienia z takim naruszeniem, to brzmi bardzo prosto i myślę, że warto to po prostu powiedzieć – „bo pójdziesz w pasy”. To jest straszenie zastosowaniem przymusu bezpośredniego pomimo tego, że sytuacja, osoba, nie spełnia przesłanek do jego zastosowania.

I szóste, co też pacjenci zgłaszają, to właśnie kwestia dotycząca braku dobrej woli personelu medycznego do chwilowego zwolnienia pacjenta z przymusu na jego prośbę, kiedy chce skorzystać z toalety lub gdy po prostu się uspokoił. Przepisy prawa wprost wskazują, że pacjent, wobec którego przyczyna zastosowania przymusu bezpośredniego ustala, powinien być z tego przymusu zwolniony. Natomiast obserwujemy, że w kartach oceny fizycznej pacjenta, która ma być realizowana co 15 minut, personel medyczny odnotowuje, że jest pacjent spokojny, śpi, odnotowuje to co 15 minut przez godzinę, a zwolnienia pacjenta z przymusu bezpośredniego po prostu nie ma. To też jest kwestionowane przez rzecznika praw pacjenta w kontekście stosowania przymusu.

Jeżeli chodzi o kwestie dotyczące samego dokumentowania przymusu bezpośredniego – nasze wnioski pokrywają się z raportem Najwyższej Izby Kontroli – tutaj bardzo wiele do życzenia pozostawia kwestia dokumentowania przymusu. Po pierwsze, albo jest brak dokumentacji, brak jej wytworzenia... Tak jak powiedziałem, dla przytrzymania czy zastosowania przymusowego podania leku podmioty praktycznie nie stosują założenia karty zastosowania przymusu. Brak wpisów, brak nadzoru co 15 minut przez pielęgniarkę, czyli monitorowanie stanu fizycznego pacjenta, przekraczanie czasu 3 dni na akceptację zastosowania przymusu, czyli na ocenę czy przymus został zastosowany zasadnie. Brak decyzji lekarzy o zakończeniu przymusu. Widzimy kartę oceny stanu fizycznego, gdzie czytamy, że pacjent jest spokojny, śpi, po czym lekarz przedłuża stosowanie przymusu bezpośredniego uzasadniając tak, jak przy pierwszym zastosowaniu.

Zdarzają się też przypadki unieruchomienia na życzenie pacjenta. Pacjenci pobudzeni nieraz proszą personel medyczny o zastosowanie wobec nich przymusu.

Oczywiście jest to niezgodne z przepisami prawa regulującymi stosowanie przymusu, bo muszą istnieć przesłanki, co powiedziałem na początku w wypowiedzi. Jest to naruszenie prawa człowieka i muszą być zrealizowane przesłanki, które pozwalają na zastosowanie przymusu bezpośredniego.

Jeżeli chodzi o przykład łamania praw pacjenta, które zostały określone stwierdzeniem w zakresie naruszenia zbiorowych praw pacjenta, to stosowanie przymusu bezpośredniego w formie praktyki zapobiegającej agresji. Też nie ma zgody rzecznika praw pacjenta na takie stosowanie przymusu bezpośredniego, że prewencyjnie stosuje się przymus. Czyli, na przykład, w uzasadnieniu w karcie zastosowania przymusu czytamy, że pacjent potencjalnie może zagrażać sobie lub innym albo może być agresywny. To nie jest przesłanka do zastosowania przymusu bezpośredniego i nie powinien on zostać wtedy zastosowany.

Mieliśmy do czynienia w zeszłym roku z podmiotem, który wobec osób stosował czterokończynowe zabezpieczenie codziennie od godziny 18 wieczorem do godziny 8 rano. Była to grupa pacjentów, która codziennie była w ten sposób zabezpieczana. Oczywiście rzecznik praw pacjenta stwierdził naruszenie zbiorowych praw pacjentów w tym zakresie. Ta praktyka została już zaniechana przez ten podmiot.

Jeżeli chodzi o dodatkowe informacje dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego, to przede wszystkim chcielibyśmy podkreślić kwestie dotyczące samego personelu, który ten przymus bezpośredni stosuje. Myślę, że tutaj bardzo istotna jest świadomość personelu medycznego, że jest to procedura, która właśnie narusza prawa człowieka, może być zastosowana wyłącznie we wskazaniach wprost wymienionych w ustawie i musi być to zastosowanie przeprowadzane przez osoby, które po prostu potrafią to zrobić. Myślę, że jeżeli ktoś z państwa mógł zobaczyć stosowanie przymusu bezpośredniego przez nieodświadczone osoby, to ma wiedzę czy ma możliwość rzeczywiście dostrzeżenia tego, jak ważne jest to, żeby osoby, które stosują przymus bezpośredni, potrafiły to robić zgodnie z przepisami prawa i zgodnie z przepisami prawa także ten przymus dokumentować.

To tyle, pani przewodnicząca. Gdyby były pytania, to oczywiście pozostajemy do dyspozycji.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję, panie dyrektorze. Dodatkowo poproszę przedstawicieli Ministerstwa Sprawiedliwości oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji o przedstawienie informacji w zakresie właściwości ministerstw. Czy mamy przedstawiciela Ministerstwa Sprawiedliwości? Mamy. Czy mogę prosić o przedstawienie informacji?

Naczelnik wydziału w Departamencie Wykonania Orzeczeń i Probacji Ministerstwa Sprawiedliwości Roman Kaczor:

Sędzia Roman Kaczor. Dzień dobry. Departament Wykonania Orzeczeń i Probacji Ministerstwa Sprawiedliwości.

Pani przewodnicząca, panie i panowie, gdy chodzi o zakłady więziennej służby zdrowia, muszę powiedzieć, że w okresie od stycznia do września tego roku przymus bezpośredni... Nie będę mówił o przesłankach i rodzajach, bo one są tożsame, wynikają z ustawy, więc myślę, że nie ma sensu tego powtarzać, natomiast chciałbym powiedzieć, że w okresie 8 miesięcy tego roku przymus bezpośredni stosowany był w podmiotach leczniczych dla osób pozbawionych wolności wobec 99 pacjentów i nastąpiło to 177 razy. Raz przymus bezpośredni stosowany był tylko w ambulatorium z izbą chorych, czyli w podmiocie leczniczym niezapewniającym całodobowej opieki lekarskiej, zaś w pozostałych wypadkach konieczność zastosowania tego przymusu bezpośredniego zachodziła w oddziałach psychiatrii sądowej i w innych oddziałach szpitali więziennych.

Przymus bezpośredni w postaci izolacji stosowany był w tym okresie tylko jeden raz. W postaci przytrzymania i przymusowego podania leków było to razy 18. W pozostałych zaś przypadkach zaszła konieczność zastosowania przytrzymania i unieruchomienia. To w zakresie liczby pacjentów i liczby zastosowania środków przymusu bezpośredniego.

Chciałbym tylko zwrócić uwagę na to, że samo stosowanie środków przymusu bezpośredniego wobec osób pozbawionych wolności podlega kontroli sądu penitencjarnego i sądziego penitencjarnego. Dzieje się to w sytuacji kontrolowania jednostek penitencjarnych, szpitali przywieziennych, jak również w wypadkach, w których to my jako

Ministerstwo Sprawiedliwości jako dla parlament zwracamy się do sędziego penitencjarnego z wnioskiem o przeprowadzenie wizytacji lub lustracji, w sytuacji takiej, kiedy do nas dochodzą jakieś niepokojące sygnały w zakresie niewłaściwego stosowania ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękujemy. I poproszę przedstawiciela Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Zastępca dyrektora Biura Prewencji Komendy Głównej Policji Piotr Kulesza:

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, inspektor Piotr Kulesza, zastępca dyrektora Biura Prewencji Komendy Głównej Policji. Co mówił już wcześniej pan minister, jak dobrze państwo wiecie, policja nie stosuje przymusu bezpośredniego. Stosujemy środki przymusu bezpośredniego. Brzmi bardzo podobnie, ale różnica jest diametralna. Zgodnie z ustawą – to też już było powiedziane – policja udziela pomocy podmiotom, jeżeli jej potrzebują przy stosowaniu przymusu bezpośredniego. Nie dysponujemy danymi na ten temat, nie gromadzimy ich, natomiast powiem tak – skoro nie wpływają skargi i zażalenia, że nie wykonujemy tych czynności, to uważam, że one są realizowane na właściwym poziomie i za każdym razem, jeżeli jest taka potrzeba, udzielenia tego wsparcia podmiotom medycznym. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję za tę informację. Szanowni państwo, w związku z informacją dotyczącą wyników kontroli opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą, zaprezentowaną przez Najwyższą Izbę Kontroli podczas konferencji w dniu 10 września br., czyli wczoraj, zwróciłam się do prezesa Najwyższej Izby Kontroli, pana Mariana Banasia, z prośbą o przedstawienie na posiedzeniu podkomisji powyższej informacji w zakresie właśnie stosowania przymusu bezpośredniego. Pan prezes upoważnił panią Karolinę Wirszyc-Sitkowską, pełniącą obowiązki dyrektora Delegatury Najwyższej Izby Kontroli w Poznaniu, do przedstawienia informacji. Wiem, że pani dyrektor ma również prezentację, tak więc bardzo dziękujemy, że udało się dzisiaj do nas dotrzeć z Poznania, zwłaszcza, że to zaproszenie było wystosowane dzisiaj. Cieszymy się, że jest pani z nami i poprosimy o prezentację.

P.o. dyrektor Delegatury Najwyższej Izby Kontroli w Poznaniu Karolina Wirszyc-Sitkowska:

Bardzo dziękuję. Szanowna pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, Najwyższa Izba Kontroli, Delegatura w Poznaniu, przeprowadziła dwie kontrole dotyczące opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą. Skontrolowaliśmy 7 szpitali na terenie pięciu województw – zachodniopomorskiego, wielkopolskiego, podlaskiego, opolskiego i lubuskiego. Okres objęty kontrolą to lata 2020-2023. W ramach tych kontroli zbadaliśmy, czy szpitale, zgodnie z obowiązującymi regulacjami, a więc przepisami ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, realizują stosowanie przymusu bezpośredniego wobec młodych pacjentów.

We wszystkich siedmiu szpitalach poddanych kontroli stosowano przymus bezpośredni wobec nieletnich pacjentów oddziałów psychiatrycznych. Odnośnie do zasady przyczyny zastosowania przymusu bezpośredniego mieściły się w katalogu powodów określonych w ustawie o zdrowiu psychicznym, to jest agresja słowna i fizyczna pacjentów wobec personelu i innych pacjentów, zachowania autoagresywne, w tym samookaleczenia, czy destabilizacja pracy oddziału. W każdym oddziale wprowadzono regulacje dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego. Natomiast w okresie objętym kontrolą nie obowiązywały żadne dotyczące stosowania tego środka przymusu wytyczne konsultantów wojewódzkich w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, pielęgniarstwa psychiatrycznego czy psychoterapii dzieci i młodzieży.

Łączny czas stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów skontrolowanych szpitali był zróżnicowany. W trzech szpitalach stwierdziliśmy, że przymus zastosowany wobec jednego pacjenta przekraczał 100 godzin, w dwóch 300 godzin, z kolei w jednym maksymalny czas stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia wynosił aż 63 dni. W przypadku tego pacjenta przymus przedłużany był 235 razy, a licząc dodatkowe 4 przymusowe unieruchomienia tego pacjenta, był on unieruchomiony 99%

czasu hospitalizacji. Niestety we wszystkich skontrolowanych szpitalach naruszano przepisy dotyczące stosowania lub dokumentowania tej formy ograniczenia wolności osobistej.

W trzech szpitalach stwierdziliśmy brak przeprowadzenia badania koniecznego przed przedłużeniem środka przymusu bezpośredniego na kolejny okres, to jest osobistego badania przez uprawnionego lekarza. Przykładowo, w jednym szpitalu nie przeprowadzano takiego badania w 19 z 23 poddanych oględzinom przypadków przedłużeń przymusowego unieruchomienia, które zostały zastosowane u trzech pacjentów.

W drugim szpitalu lekarze podejmujący decyzję o przedłużeniu czasu zastosowania środka przymusu bezpośredniego zeznali, że przeprowadzane przez nich badanie polegało na obserwacji pacjenta z odległości drzwi wejściowych do pomieszczenia, w którym przebywał niewidoczny na monitorze albo przy pomocy monitoringu czy na podstawie oceny stanu pacjenta przez personel pielęgniarstwa. W trzecim szpitalu lekarze dokonujący przedłużenia unieruchomienia wyjaśniali, że lekarz znajdował się na izbie przyjęć, gdzie przeprowadzał badania, a w trakcie procedury zakończenia przymusu wykonywał swoje obowiązki w innym miejscu. Ze względu na braki kadrowe lekarz dyżurny odpowiada za cały budynek – oba oddziały całodobowe, obie izby przyjęć – tak więc nie był w stanie wtedy tego dokonać.

W dwóch szpitalach stwierdziliśmy zlecenie przedłużenia przymusu bezpośredniego przez lekarzy bez uprawnień, to jest lekarzy, którzy nie byli psychiatrami. W jednym szpitalu przedłużeń dokonali lekarze właśnie bez wymaganej specjalizacji, pomimo że w tym samym czasie dyżurowali również lekarze specjaliści. W odniesieniu do trzech pacjentów, sytuacja ta dotyczyła sześciu przypadków przedłużeń stosowania przymusu bezpośredniego, a w stosunku do jednego co najmniej 7 takich przypadków.

W pięciu szpitalach ujawniliśmy niewłaściwe prowadzenie dokumentacji dotyczącej przymusów bezpośrednich polegające na brakach zatwierdzenia przymusu, określania osoby zlecającej przymus, wskazania czasu zastosowania przymusu. Brakowało także odnotowania przedłużeń przymusu bezpośredniego.

Ponadto stwierdzone nieprawidłowości polegały również na niestosowaniu parawanów w celu zapewnienia intymności dziecka poddanego czterokończynowemu przymusowi bezpośredniemu na korytarzu oddziału. Kierownik szpitala wyjaśniał, że ustawienie parawanów utrudniałoby personelowi pielęgniarstwu prowadzenie obserwacji i kontroli stanu pacjenta. Prawo wymaga jednak stosowania procedur postępowania w warunkach bezpiecznych dla pacjenta i zarazem szanujących jego godność. W 29% szpitali nie wykonywano albo nie przechowywano zapisu monitoringu z unieruchomienia.

W trakcie kontroli stwierdziliśmy również taką praktykę, że sale do izolacji, to jest separatki wyposażone w monitoring wizyjny, wykorzystywano także do stosowania przymusowego unieruchomienia pacjentów. Zatem, choć zastosowanie unieruchomienia nie stanowiło formalnie zlecanej izolacji, to pacjent przebywał pojedynczo w sali do izolacji dodatkowo unieruchomiony pasami. W takich sytuacjach pracownicy wyłączali monitoring uznając, że musi być stosowany jedynie w przypadkach izolacji pacjenta. Dyrektor szpitala wyjaśniał nam, że w naszym szpitalu nie jest stosowana ta forma przymusu, stosujemy wyłącznie pozostałe formy przymusu. Stosujemy monitorowanie rozpoczęcia stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia w celu uchronienia się przed ewentualnymi skargami pacjentów i ich rodzin o przekroczenie granic niezbędnych przymusu. W tym przypadku zapisy były przechowywane przez 3 miesiące.

Na koniec chciałabym państwu wskazać, że po zakończeniu tej kontroli zawnioskowaliśmy do ministra zdrowia o podjęcie prac legislacyjnych mających na celu uregulowanie w ustawie o zdrowiu psychicznym prowadzenia monitoringu w szpitalach psychiatrycznych w przypadku stosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia w pomieszczeniach jednoosobowych, w tym w salach przeznaczonych do izolacji, w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów oraz ujednolicenia praktyk w tym zakresie. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję za tę informację i za ten raport. Otwieram dyskusję. Jeśli są jakieś pytania ze strony parlamentarzystów lub ze strony społecznej, to bardzo proszę. Pan profesor Heitzman.

Pełnomocnik ministra zdrowia ds. psychiatrii sądowej, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego Janusz Heitzman:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, z uwagą słuchałem tego jako psychiatra, który również musi się czasami wypowiadać w sądzie o konsekwencjach przymusu bezpośredniego. Muszę powiedzieć, że takie sprawy są niezwykle rzadko, one są pojedyncze, natomiast o wiele więcej jest spraw sądowych, kiedy nie zastosowano przymusu bezpośredniego, do czego były przesłanki i wskazania, i najczęściej doszło do samobójczej śmierci pacjenta. Takich przypadków w Polsce jest przynajmniej kilkadziesiąt rocznie, które kończą się wyrokami skazującymi szpital na odszkodowania, jak również obciążającymi personel i pielęgniarstwo, i lekarski. Nie możemy zapominać o tym aspekcie.

Z drugiej strony, chcę zwrócić uwagę również na to, że mimo tych wszystkich uwag, które krytycznie mogą formułować opinie o personelu oddziałów psychiatrycznych, którzy stosują przymus bezpośredni nadmiernie, muszę powiedzieć, że nie wynika on tylko z kwestii obawy i lęku, i ma charakter prewencyjny. Równocześnie jest on związany – to trzeba wprost powiedzieć – z niedoborami kadrowymi, zwłaszcza jeżeli chodzi o duże szpitale psychiatryczne, kiedy na 80 pacjentów czy 100 pacjentów są dwie pielęgniarki jeden sanitariusz czy sanitariuszka. To rzeczywiście może stwarzać sytuację dużego napięcia, dużego zagrożenia, dużego niepokoju.

Żeby temu zapobiegać w rozporządzeniu ministra zdrowia rozbudowano karty przymusu bezpośredniego. One w ciągu dosłownie ostatnich kilku lat trzykrotnie czy czterokrotnie były zmieniane, po to, żeby nie budziło wątpliwości, kto zatwierdza, kiedy to ma robić, jakie kryteria muszą być spełniane, żeby uzasadnienie do stosowania przymusu rzeczywiście dotyczyło tego podstawowego zagrożenia dla zdrowia i życia osoby.

Stosowanie przymusu bezpośredniego najczęściej wynika nie tylko z tego, że osoba zagraża komuś innemu. Przede wszystkim chodzi o zagrożenie tej osoby, jeżeli chodzi o zamiary samobójcze, zachowania autoagresywne. To jest chyba podstawą stosowania przymusu bezpośredniego w psychiatrii.

Kolejna rzecz. Chyba warto zwrócić uwagę na to, że stosowanie przymusu bezpośredniego musi zawsze poprzedzać uprzedzenie o stosowaniu przymusu. Ta kwestia jest już zawarta w raportowaniu, gdzie trzeba dokładnie opisać, w jaki sposób został pacjent poinformowany, ale równocześnie, jeżeli nie jest on w stanie przyjąć tej argumentacji, to również to trzeba pisemnie uzasadnić, że on nie jest w stanie zrozumieć tego ostrzeżenia czy... I to nie jest groźba. To nie jest stosowanie czegoś takiego, co jest kolejnym jakimś argumentem czy elementem zastraszania pacjenta, bo będzie przymus.

Tutaj padło określenie „bo pójdziesz w pasy”. Ja nie chcę tutaj się zastanawiać czy analizować semantykę, ale będzie zastosowany przymus bezpośredni w sytuacji, jeżeli ktoś na przykład bije głową w ścianę. Mamy takie przypadki i za chwilę, gdy nie będzie zastosowana jednoznaczna interwencja, dojdzie do jakiegoś nieszczęścia i będzie to oczywiście obciążało bezpośrednio personel nadzorujący. W związku z tym to uprzedzenie pacjenta o zastosowaniu przymusu jest konieczne, jest raportowane i musi być raportowane. To nie jest tak, że przymus stosuje się od tyłu, zarzucając pacjentowi płachtę na głowę i wiąże się go czy prowadzi. Takich sytuacji nie ma.

Z drugiej strony, przy tych czterech rodzajach przymusu bezpośredniego bardzo trudno rozdzielić, gdzie kończy się przytrzymanie a gdzie się zaczyna unieruchomienie, bo zawsze unieruchomienie ma czemuś służyć. Służy najczęściej podawaniu leków lub zapobiega bezpośredniej dalszej agresji. Tylko tutaj też jest bardzo trudna decyzja, kiedy mam to włączyć. Jeżeli jest bezpośrednie zagrożenie, to jest realność groźby. To jest bardzo trudne, bo nie wystarczy powiedzieć, ale musi być przekonanie tej osoby, która decyduje. Najczęściej jest to lekarz, ale też pielęgniarka, a w domach pomocy to oczywiście przede wszystkim pielęgniarki są na tej pierwszej linii frontu i dla nich jest to bardzo trudna decyzja, co to znaczy zapowiedź. Wcześniej sobie rozbił głowę, to jeśli mówi, że rozbije sobie po raz kolejny, czy to już jest ta przesłanka wystarczająca, czy jeszcze nie. To są bardzo trudne kwestie, które naprawdę trudno czasami rozstrzygnąć.

Chcę jeszcze zwrócić uwagę na kwestię tego pacjenta poinformowanego, bo to jest bardzo istotne, że przymus na życzenie to jest niedopuszczalne. Ja muszę powiedzieć, że pacjent, który dokonuje samouszkodzeń wie, że to mu szkodzi i czasami prosi – znowu

się potnę, znowu sobie coś zrobię, proszę mnie unieruchomić. Czy mamy odmówić temu? To jest realna groźba, bo coś zapowiada. W związku z tym to jest bezpośrednie zagrożenie i tutaj jest bardzo trudna sytuacja.

Chcę zwrócić uwagę na jeszcze jedną rzecz, odchodząc tak jakby od szpitala psychiatrycznego, że przymus bezpośredni stosuje się również w innych szpitalach, w innych oddziałach. Przede wszystkim w oddziałach chirurgicznych, w oddziałach ostrych zatruc, tam, gdzie mamy do czynienia z pacjentami pobudzonymi, z pacjentami z tendencjami ucieczkowymi, z zaburzeniami świadomości. Tutaj unieruchomienie, które polega bardzo często na unieruchomieniu tylko przedramion, żeby sobie nie wyciągnął leku, który jest, żeby nie doszło do ucieczki ze szpitala, który nie jest przygotowany na pacjentów takich, którzy mogą sobie coś zrobić – chodzi o internistyczny, nie ma krat w oknach, nie ma szyb bezpiecznych – może wyjść na ulicę. Tu trzeba się przyjrzeć zastosowaniu przymusu bezpośredniego. To tam bardzo często dochodzi do sytuacji zagrożenia może nie życia, ale pacjent spadł z łóżka i się połamał, i z tym złamaniem już żyje do końca życia, bo nie zastosowano pewnej formy zabezpieczenia. Daliśmy mamę zdrową do szpitala, wyszła ze złamaną szyjką kości udowej, a poszła z cukrzycą. To są takie sytuacje, o których nie możemy zapominać.

I kolejna kwestia, która z tym się wiąże. To nie tylko oddziały inne, ale również – chcę o tym powiedzieć – izby wytrzeźwień. Tutaj pan inspektor mówił o środkach przymusu bezpośredniego. Dla społeczeństwa to jest nierozróżnialne – przymus bezpośredni medyczny i środki przymusu bezpośredniego, którymi dysponują służby. Często jest to traktowane jednoznacznie, że to jest to samo. Nie, to nie jest to samo. I my dzisiaj nie zajmujemy się stosowaniem środków, żebyśmy nie szli w tę stronę, ale w sytuacji izby wytrzeźwień jest to już kwestia taka, która przenosi to naruszenie praw człowieka na stronę medyczną. Nie możemy tego pominąć. W ogóle ta instytucja izby wytrzeźwień to jest do kolejnej dyskusji, czy w tej kadencji czy w przyszłej, ale na pewno warto nad tym się pochylić. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję. Bardzo proszę.

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Mariola Łodzińska:

Dziękuję bardzo. Mariola Łodzińska, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Panie profesorze, bardzo panu dziękuję za tę wypowiedź. Jestem pielęgniarką psychiatryczną, 23 lata przepracowałam na psychiatrii. Najpierw na psychiatrii młodzieżowej, później na psychiatrii dorosłych. Niejednokrotnie stosowałam przymus bezpośredni. Byłam później pielęgniarką oddziałową. Powiem szczerze, że z bardzo dużą uwagą słuchałam i wynotowałam sobie wszystkie te zastrzeżenia, które były pod kątem pracy chociażby kadry kierowniczej i kadry medycznej w szpitalach psychiatrycznych i nie tylko.

Chcę też powiedzieć, co właśnie powiedział pan profesor, że my nie możemy proszę państwa patrzeć zerojedynkowo, jeśli chodzi o przepisy prawa, bo właśnie to, co pan profesor powiedział o tym zabezpieczeniu, żeby zapobiec pewnym zdarzeniom, to my tych wszystkich pacjentów znamy. Jeżeli nie znamy, to zdarzy się raz, a później drugi raz, to oczywiście staramy się już przewidywać i czasami te zachowania idą właśnie w kierunku zapobieżenia. Jednak ja mam pytanie do państwa czy państwo brali pod uwagę liczbę osób, które pracują w oddziałach psychiatrycznych.

Bardzo żałuję, że oprócz sugestii stworzenia takiej procedury czy stworzenia legislacji w zakresie tego monitorowania i przepisów związanych z monitorowaniem stosowania tych zabezpieczeń, stosowania przymusu... Chciałabym, żeby też państwo pomyśleli o stworzeniu norm zatrudnienia dla grupy zawodowej pielęgniarek i położnych. Proszę państwa, wypracowaliśmy normy zatrudnienia, które nie weszły, bo za poprzedniej kadencji rządu pojawił się COVID i pan minister Niedzielski niestety zmienił to rozporządzenie, gdzie jest wpisana pielęgniarka, nawet nie ma liczby osób, a tak naprawdę, żebyśmy mogli bezpiecznie zastosować przymus bezpośredni, powinno być 5 osób. Czyli do każdej kończyny i do głowy jedna osoba.

Trzeba byłoby zwrócić uwagę na to, ile osób jest na dyżurze. Tak naprawdę w tej chwili w oddziale – ja mówię o moim szpitalu, bo jestem w kontakcie z koleżankami – czasami

są dwie pielęgniarki. To jest odcinek obserwacyjny – jedna z salowym i pielęgniarka na odcinku pozostałym, gdzie ma na przykład 40 pacjentów pod opieką. Zatem naprawdę trzeba by było wziąć też pod uwagę, i bardzo będę państwa o to prosiła, żeby, jeżeli będą państwo monitorowali i ewentualnie później tworzyli raporty, zwrócić uwagę na tę kadrę i ewentualnie wносить do ministra zdrowia o stworzenie przepisów prawa, które będą regulowały normy zatrudnienia pielęgniarek w szpitalach psychiatrycznych. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję. I pan dyrektor.

Dyrektor departamentu w Biurze BRPP Damian Marciniak:

Bardzo dziękuję. Trochę się zamyśliłem, bo słucham pani przewodniczącej. Już nie raz na ten temat razem rozmawialiśmy, tak więc tutaj pełna zgoda. I pełna zgoda też z panem profesorem, natomiast, ponieważ jakby pan profesor odpowiadał też na moje kwestie, czuję się wywołany do odpowiedzi.

My jako Biuro Rzecznika Praw Pacjenta zawsze będziemy państwu pokazywać indywidualne sytuacje. One zawsze inaczej przemawiają w kontekście takim, że to jest właśnie zawsze określona osoba w określonym stanie, w określonej sytuacji.

I trochę ad vocem pozwolę sobie, jeżeli chodzi o to informowanie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego – jasna sprawa. To nie o tych sytuacjach mówimy. Jeżeli mówię o skargach pacjenta i o sytuacjach, które nie powinny mieć miejsca, to mówię o sytuacji, w której dzieci źle zachowują się na korytarzu i słyszą taki komunikat – bo pójście w pasy. To jest zupełnie inna sytuacja, żeby było jasne, bo nie chcę, żeby państwo źle odebrali taki komunikat.

Po drugie, jeżeli chodzi o kwestię przytrzymania, to jasna sprawa, że jeżeli przytrzymanie jest początkiem zastosowania unieruchomienia, to tak się dzieje, bo inaczej się nie zastosuje unieruchomienia. Natomiast mam przed oczami sytuację, nawet w tym momencie, której sam byłem świadkiem, kiedy przytrzymanie polegało na tym, że pani pielęgniarka przydusiła małego, chyba 11-letniego chłopaka na korytarzu. Oczywiście, że to są jednostkowe przykłady i to nie świadczy o całości działania systemu, ale chcę, żeby państwo z punktu widzenia pacjenta, tego konkretnego pacjenta, tego jedenastolatka, też tę sytuację zobaczyli.

No i kwestia zastosowania przymusu na życzenie. Regulacje wprost wskazują konieczność bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia. Do oceny lekarza pozostaje kwestia uzasadnienia zastosowania tego przymusu, ale jeżeli w uzasadnieniu zastosowania przymusu potencjalność mamy już wpisana, „bo może być agresywny”, to znaczy, że nie ma tego bezpośredniego zagrożenia i z tym nigdy nie będziemy się zgadzać. To tylko, żeby państwo zobaczyli, jaką perspektywę my pokazujemy. Pokazujemy konkretne sytuacje konkretnych pacjentów, które nie są oceną funkcjonowania wszystkich pracowników. Zresztą – jak już na początku powiedziałem – z panią przewodniczącą współpracujemy i bardzo się z tego cieszę. Dziękuję uprzejmie.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję. Ja mam jedno pytanie do pani dyrektor, ponieważ mówiła pani o tym, że w trakcie kontroli nie były wprowadzane żadne regulacje, standardy. Czy dobrze rozumiałam, że po państwa kontroli w tych szpitalach, które były kontrolowane, wprowadzono standardy użycia...? Nie. Źle to rozumiałam.

P.o. dyrektor Delegatury NIK w Poznaniu Karolina Wirszyc-Sitkowska:

W każdym oddziale wprowadzane były regulacje dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego, ale chcielibyśmy podkreślić i powiedzieć, że w okresie objętym naszą kontrolą nie obowiązywały żadne przepisy, wytyczne konsultantów wojewódzkich w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, pielęgniarstwa psychiatrycznego czy psychoterapii dzieci i młodzieży. Każdy szpital określił sobie, ale może trzeba by było zrobić to na szerszym gronie, w szerszym pojęciu, jak chociażby konsultant wojewódzki...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Czyli takie regulacje dalej nie istnieją.

P.o. dyrektor Delegatury NIK w Poznaniu Karolina Wirszyc-Sitkowska:

Jako wytyczne, tak.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Jako wytyczne. Dobrze. To proszę jeszcze...

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Mariola Łodzińska:

Chciałam tylko odpowiedzieć, że my w tej chwili jako naczelna rada pracujemy nad takimi standardami i będą to rekomendacje dla wszystkich oddziałów psychiatrycznych w Polsce. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo państwu dziękuję. Uważam, że to była ważna dyskusja. Dziękujemy też za przedstawienie raportu i rzecznikowi za przedstawienie swoich doświadczeń i danych. Myślę, że ta dyskusja zaowocuje w przyszłości dobrymi regulacjami, które są niezbędne, tym bardziej że przez całe posiedzenie był dzisiaj z nami pan minister, który za ten obszar odpowiada, więc jeszcze z tego bardzo się cieszę, bo mamy szansę na dobrą pracę w przyszłości.

Szanowni państwo, stwierdzam zakończenie omawiania informacji. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny dzisiejszego posiedzenia. Bardzo wszystkim dziękuję i zamykam posiedzenie podkomisji.