



Zespół do spraw Wykonywania Kar

IX.517.36.2020.KWa

NOTATKA

**z wizytacji Oddziałów Psychiatrii Sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu
Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. St. Kryzana w Starogardzie
Gdańskim**

1. Wstęp

Pracownicy Zespołu do spraw Wykonywania Kar Biura Rzecznika Praw Obywatelskich (zwanego dalej Zespołem), tj. Katarzyna Kopystyńska, Kamila Kotowska, Jolanta Nowakowska oraz Konrad Walc, działając z upoważnienia Rzecznika Praw Obywatelskich, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jednolity: Dz. U. z 2020 r. poz. 627), przeprowadzili w dniach 23 – 24 stycznia 2020 r. wizytację dwóch Oddziałów (XXII i XXIV) Psychiatrii Sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu w Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Starogardzie Gdańskim (zwanym dalej Szpitalem).

W ramach wizytacji pracownicy Zespołu:

1. przeprowadzili rozmowę z:
 - a) lek. med. Krzysztofem Kołczem - Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa;
 - b) Małgorzatą Lubińską - Kierownikiem Działu Zarządzania Zasobami Ludzkimi;
 - c) lek. med. Igorem Kamińskim - Kierownikiem Oddziału XXIV;
 - d) Andżeliką Piątkowską - Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego;
2. dokonali oglądu Oddziałów, w tym pokoi pacjentów, kąpek sanitarnych, łaźni, placów spacerowych, sal widzeń, gabinetów zabiegowych oraz sal do zajęć terapeutycznych;
3. przeprowadzili rozmowy na osobności z wybranymi osobami internowanymi (10 osób) oraz z wieloma innymi pacjentami podczas wizytacji Oddziałów;

4. dokonali analizy obowiązujących w dniu wizytacji regulaminów Oddziałów.

W trakcie wizytacji nie doszło do spotkania z Dyrektorem Szpitala, lek. med. Jackiem Bielanem – w tym czasie Dyrektor przebywał na urlopie wypoczynkowym.

2. Oddział Psychiatrii Sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu nr XXII

Oddział ten przeznaczony jest do prowadzenia, na zlecenie sądów i prokuratur, obserwacji sądowo – psychiatrycznej osób tymczasowo aresztowanych. W dniu wizytacji w Oddziale przebywało 67 osób, w tym 4 osoby tymczasowo aresztowane, skierowane na obserwację sądowo-psychiatryczną, 44 osoby (w tym 6 kobiet i jeden nieletni) tymczasowo aresztowane, wobec których wykonywano środek zapobiegawczy w podmiocie leczniczym, na podstawie art. 260 Kodeksu postępowania karnego (k.p.k.) oraz 19 osób, wobec których orzeczono środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym (skazani za przestępstwa przeciwko wolności seksualnej).

Na dzień wizytacji, Oddział podzielony był na cztery pododdziały, z których I i II, objęte stałym monitoringiem wizyjnym¹, przeznaczone były dla sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, wobec których orzeczono środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym a pododdziały III i IV dla osób tymczasowo aresztowanych.

W pododdziale I znajdowały się cztery pokoje pacjentów: dwa trzyosobowe, jeden dwuosobowy oraz jeden czteroosobowy. Pokoje wyposażone były w łóżka oraz szafki przyłóżkowe zamykane na klucz. Pokoje trzyosobowe oraz pokój dwuosobowy usytuowane były od strony placu spacerowego. Okna w tych pokojach, w celu zapewnienia mieszkańcom poczucia prywatności, były do 1/3 wysokości oklejone czarną folią. Personel wskazywał, że przed zabezpieczeniem w ten sposób okien dochodziło do sytuacji, w których internowani z pozostałych pododdziałów, korzystający ze spaceru, kierowali obelżywe słowa po adresem pacjentów z I pododdziału.

Pacjenci tego pododdziału mieli do dyspozycji pokój socjalny, w którym znajdował się m.in.: telewizor, dzbanek z przygotowaną przez personel herbatą oraz mikrofalówka. Pomieszczenie to pełniło również funkcję stołówki - internowani mogli tu spożywać posiłki wydawane z sąsiadującego pomieszczenia kuchennego. Tutaj ustawione zostały też lodówki

¹ Stosowanie monitoringu w zakładach leczniczych jest w zainteresowaniu RPO od lat. RPO stoi na stanowisku, że kwestie dotyczące monitoringu wizyjnego w miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych, np. w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom oraz personelowi medycznemu, czy zagwarantowania porządku oraz ochrony osób i mienia, powinny być uregulowane w ustawie.

<https://www.rpo.gov.pl/pl/content/rzecznik-dopomina-si%C4%99-o-ustawowe-uregulowanie-monitoringu-wizyjnego-w-szpitalach>.

przeznaczone do przechowywania żywności pacjentów. Dostęp do lodówek pacjenci mieli jedynie za pośrednictwem personelu pomocniczego.

Na parterze pododdziału znajdowała się łaźnia. Składała się ona z dwóch stanowisk prysznicowych, oddzielonych od siebie trwałą zabudową. Na ścianie zamontowana została instalacja przyzywowa, służąca do komunikacji z personelem. W oknach łaźni, od strony ulicy, nie było żadnych przesłon. Znajdowały się jedynie śladowe pozostałości folii, która nie spełniała pierwotnego celu, tj. nie chroniła pacjentów przed wzrokiem osób z zewnątrz i nie zapewniała im poczucia intymności podczas kąpieli. Pomieszczenie to było bardzo zagrzybione.

W pododdziale były również gabinet zabiegowy, pralnia oraz tzw. brudownik, przeznaczony do gromadzenia rzeczy do prania. W brudowniku znajdowała się pralka, urządzenie do niszczenia papierowych basenów, zabudowana toaleta oraz pomieszczenie gospodarcze, przeznaczone na szczotki i ścierki. Ściany oraz sufit w tym pomieszczeniu były zawilgocone i zagrzybione. Suszenie upranej odzieży odbywało się na korytarzu w części wspólnej, na rozciągniętych sznurkach.

Pododdział dysponował pomieszczeniem do stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia lub izolacji (opis w pkt. 15 notatki).

Pododdział II składał się z czterech pokoi: trzy trzyosobowe oraz jeden jednoosobowy. Wyposażenie pokoi pacjentów było takie jak w pododdziale I. Pokój jednoosobowy wykorzystywany był jako pomieszczenie dla osób, które będąc skazanymi na karę pozbawienia wolności, zostają umieszczone w zakładzie psychiatrycznym w celu przeprowadzenia obserwacji sądowo – psychiatrycznej. W dniu wizytacji pokój ten był niezamieszkały, a z oświadczenia personelu wynikało, że nie ma w Oddziale osób o takim statusie.

W pokoju socjalnym pacjenci mogli spożywać wspólnie posiłki oraz pobyć ze sobą. Znajdował się tu sprzęt, który pozwalał na organizację wolnego czasu: telewizor, stół do gry w piłkarzyki, tarcza do gry w rzutki oraz termos z herbatą i czajnik elektryczny.

Łaźnia ogólna była przystosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnością narządów ruchu i wyposażona w dodatkowe poręcze. Wydzielono w niej zabudowane pomieszczenie, w którym znajdowała się toaleta oraz umywalka. W pomieszczeniu tym była instalacja przyzywowa, jednakże z uwagi na fakt, że była usytuowana na wysokości ponad 2 metrów, skorzystanie z niej nie było możliwe.

W pododdziale III przebywały tylko osoby, wobec których wykonywano środek zapobiegawczy w postaci tymczasowego aresztowania w zakładzie leczniczym (na podstawie art. 260 k.p.k.) oraz osoby tymczasowo aresztowane przebywające na obserwacji sądowo – psychiatrycznej. Osoby te zakwaterowano w czterech pokojach: trzech

czterooosobowych oraz jednym pięcioosobowym. Pokoje wyposażone były w łóżka oraz małe szafki przyłóżkowe, co w sposób istotny ograniczało możliwość przechowywania przez pacjentów swoich prywatnych rzeczy, w tym odzieży. Sufit i ściany pokoi były zagrzybione.

Pacjenci mieli zapewniony dostęp do łaźni, w której znajdowały się stanowiska prysznicowe, oddzielone od siebie trwałą zabudową oraz zabudowana toaleta bez umywalki. Ściany oraz sufit w tym pomieszczeniu były zagrzybione. Oprócz toalety w łaźni pacjenci mieli do dyspozycji drugą toaletę, przeznaczoną dla wszystkich mieszkańców pododdziału.

W pododdziale tym znajdowały się także gabinet lekarski, gabinet zabiegowy, pokój socjalny, pomieszczenie kuchenne połączone ze stołówką oraz pomieszczenie do stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia lub izolacji.

W skład pododdziału IV wchodziło pięć pokoi pacjentów: trzy pokoje trzyosobowe i dwa czterooosobowe. W przedsionku pierwszego pokoju trzyosobowego znajdował się trwale zabudowany kącik sanitarny, wyposażony jedynie w toaletę (bez umywalki), przeznaczoną do użytku wszystkich pacjentów tego pododdziału. W pozostałych dwóch pokojach trzyosobowych nie było toalety, natomiast były one wyposażone w umywalkę.

Z uwagi na brak miejsca w pokojach, ośmiu pacjentów było zakwaterowanych w przestrzeni wspólnej, tj. na korytarzu, który pełnił również funkcję sali telewizyjnej oraz pomieszczenia przeznaczonego do spędzania czasu wolnego (pod ścianą znajdowały się złożone stoły do ping-ponga). Z tego pomieszczenia było wejście do wydzielonej przestrzeni przeznaczonej dla kobiet. Drzwi były oszklone i umożliwiały ogląd sąsiadującego pomieszczenia - mężczyźni mieli wgląd do pokoju dla kobiet, kobiety mogły obserwować mężczyzn przebywających w pomieszczeniu.

Obszar przeznaczony dla kobiet składał się z przedsionka oraz dwóch pomieszczeń: pięcioosobowego pokoju i małego pomieszczenia socjalnego z telewizorem, z którego było wejście do zabudowanego kącika sanitarnego z wydzielonym stanowiskiem prysznicowym oraz toaletą. W dniu wizytacji, z uwagi na nadmiar pacjentek, w pomieszczeniu socjalnym zakwaterowano jedną kobietę. Z jej relacji wynikało, że nie przeszkadzał jej fakt, iż pozostałe pacjentki były zmuszone przechodzić przez jej pokój, by skorzystać z toalety bądź prysznic. Niemniej jednak stan przeludnienia powodował, że kobiety nie dysponowały pokojem socjalnym, w którym mogły swobodnie spędzać wolny czas, a mieszkanka pokoju socjalnego nie miała zapewnionej prywatności o żadnej porze dnia.

Na parterze Oddziału znajdowały się dwa pokoje przeznaczone do realizacji wizyt przez wszystkich pacjentów. W pierwszym z nich spotkania z bliskimi odbywali wyłącznie internowani zakwaterowani w pododdziale I i II. Pomieszczenie to objęte było

monitoringiem wizyjnym i wyposażone w dwa stoliki. W pomieszczeniu tym znajdował się zabudowany kącik sanitarny z toaletą. Drugi pokój przeznaczony był do realizacji odwiedzin osób z pododdziału III i IV. Pomieszczenie, wyposażone w dwa stoły oraz sześć krzeseł, w trakcie widzeń objęte było stałym nadzorem pracownika Oddziału.

Na ostatniej kondygnacji Oddziału znajdował się pokój psychologa, pokój terapii zajęciowej, magazyn czystej bielizny, magazyn rzeczy pacjentów, szatnia dla personelu oraz dwa sanitariaty wyposażone jedynie w toaletę: jeden dla pacjentów a drugi dla personelu.

W ocenie wizytujących warunki bytowe w Oddziale XXII były bardzo trudne. Oddział był przeludniony. Brakowało miejsc w pokojach, więc pacjenci byli umieszczani w pomieszczeniach ogólnodostępnych, które spełniły funkcję świetlicy czy pokoju socjalnego. Szczególnie trudna sytuacja była w części przeznaczonej dla kobiet. Samo lokalizacja pomieszczeń, w bezpośrednim sąsiedztwie pokoju/świetlicy zajmowanej przez zakwaterowanych tu pacjentów - mężczyzn i pozostałych pacjentów korzystających z oferty zajęć świetlicowych, z możliwością wzajemnej obserwacji, nie pozwalała obu stronom na nieskrępowany pobyt.

Należy również sformułować uwagi dotyczące warunków sanitarno-higienicznych. Ta kwestia była często podnoszona przez rozmówców, którzy zwracali uwagę na zbyt małą liczbę sanitariatów. Łazienki z toaletą nie były wyposażone w umywalki, więc problemem było nawet umycie rąk po załatwieniu potrzeb fizjologicznych. Pokoje, łaznie i kąpiki sanitarne były zagrzybione i wymagały niezwłocznego remontu.

Problemem był brak szaf w pokojach pacjentów, co w konsekwencji ograniczało w sposób bardzo istotny liczbę rzeczy, które mogli oni posiadać i przechowywać. W pokojach panował bałagan, trudno było zadbać o prywatność. Ta sytuacja sprzyjała konfliktom między pacjentami. Zarówno personel, jak i pacjenci wskazywali, że niejednokrotnie dochodziło do korzystania przez pacjentów z rzeczy będących własnością innych osób internowanych bez ich zgody. Miały również miejsce drobne kradzieże.

Kierownictwo Szpitala dostrzegało te problemy, dlatego podjęto działania mające na celu przeprowadzenie kompleksowego remontu pomieszczeń Oddziału. Prace remontowe rozpoczęły się w lutym 2020 r.

3. Oddział Psychiatrii Sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu nr XXIV

Oddział ten zajmuje się diagnostyką i leczeniem osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których zgodnie z postanowieniem sądów wykonywany jest środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia. Jest przeznaczony dla mężczyzn i posiada 84 miejsca. W dniu wizytacji przebywało w nim 79 internowanych, zakwaterowanych w czterech pododdziałach: 14

pacjentów w pododdziale I, 18 w pododdziale II, 24 w pododdziale III oraz 23 w pododdziale IV.

Każdy z pododdziałów posiadał swoją zamkniętą przestrzeń i był oddzielony od pozostałych kratami, co wykluczało możliwość samodzielnego przemieszczania się pacjentów. Z uwagi na powyższe koniecznym stało się wydzielenie dla każdego z pododdziałów odrębnych łaźni, toalet, stołówek oraz gabinetów lekarskich.

Pododdział I, jako jedyny, objęty był stałym monitoringiem wizyjnym. Monitorowana była zarówno przestrzeń wspólna, jak również pokoje internowanych. Kontrolę pacjentów za pomocą monitoringu prowadził wyznaczony pracownik. Obraz z kamer był nagrywany i przechowywany przez okres około miesiąca, a następnie automatycznie zastępowany nowym nagraniem. W przypadku zaistnienia takiej konieczności, obraz mógł zostać zgrany na płytę celem dalszego ewentualnego wykorzystania.

W pododdziale tym, z uwagi na zwiększony poziom kontroli pacjentów za pomocą monitoringu, umieszczane były osoby nowoprzyjęte do Oddziału XXIV, pacjenci z pozostałych pododdziałów tego Oddziału w sytuacji pogorszenia się stanu ich zdrowia oraz osoby przeniesione z innych Oddziałów Psychiatrii Sądowej (o podstawowym bądź maksymalnym zabezpieczeniu).

Dla pacjentów wydzielono sześć pokoi: trzy dwuosobowe oraz trzy trzyosobowe. Wszystkie pokoje były tak samo wyposażone. Znajdowały się w nich: łóżka z szafkami, stół z krzesłami, duża szafa, podzielona na kilka odrębnych i zamykanych części, z których każda pozostawała do dyspozycji konkretnego pacjenta, posiadającego odrębny klucz. W pokojach dwuosobowych znajdowały się wydzielone, w pełni zabudowane kąpiki sanitarne, które jednak w dniu wizytacji były dla pacjentów niedostępne. Z oświadczenia personelu wynikało, że zamknięcie toalet było podyktowane koniecznością ich posprzątania. Jednakże z wypowiedzi pacjentów wynikało, że kąpiki sanitarne we wszystkich salach były zamknięte przez cały czas i nigdy nie były im udostępniane.

Pokoje dwuosobowe – w razie konieczności - pełniły też funkcję pomieszczenia do stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia lub izolacji (wówczas jedno łóżko było usuwane).

W pokojach trzyosobowych nie było wydzielonego kąpika sanitarnego, była jedynie umywalka. Pacjenci w nich zakwaterowani korzystali z toalety ogólnodostępnej, znajdującej się w korytarzu.

Internowani w pododdziale I mieli zapewniony stały dostęp do dwóch łaźni. Pierwsza z nich była przystosowana dla osób z niepełnosprawnością narządów ruchu i posiadała dodatkowe udogodnienia w tym zakresie w postaci poręczy. Ponadto,

wyposażona była w jedno stanowisko prysznicowe bez zabudowy, zapewniające możliwość wjazdu wózka inwalidzkiego. W pomieszczeniu tym znajdowała się również zabudowana toaleta. W dniu wizytacji w łaźni brakowało ławki oraz wieszaków na odzież. Podczas rozmów indywidualnych część pacjentów miała również zastrzeżenia do zbyt niskiej temperatury wody podczas kąpieli.

Warunki bytowe w Oddziale XXIV były dobre. Zarówno części wspólne, jak i pokoje pacjentów były wyremontowane i zadbane. Panował w nich należyty porządek. Z informacji przekazanych przez rozmówców drzwi do pokoi pacjentów były otwarte przez całą dobę. Pacjenci w ramach swoich pododdziałów mogli więc swobodnie się przemieszczać, mieli zapewniony dostęp do toalety oraz łaźni. Personel medyczny nie wprowadzał żadnych ograniczeń w zakresie częstotliwości oraz długości kąpieli, pacjenci sami podejmowali decyzje w tym zakresie. Internowani, po uzyskaniu zgody, mogli korzystać z własnych telefonów komórkowych, telewizorów oraz komputerów z dostępem do Internetu.

Każdy z pododdziałów wyposażony był w pralkę, z której mogli korzystać internowani, pozostając pod nadzorem pracownika. Natomiast suszenie prania możliwe było w salach pacjentów na przeznaczonych do tego suszarkach.

Na parterze Oddziału funkcjonował gabinet zabiegowy, w którym wykonywane były podstawowe zabiegi, takie jak np. pobrania krwi bądź zmiany opatrunków. Na wyposażeniu gabinetu znajdował się defibrylator, resuscytator oraz lodówka, w której przechowywane były leki. Personel oświadczył, że w gabinecie tym, w razie zaistnienia konieczności, lekarz spoza Szpitala może wykonać badanie USG.

Na parterze znajdował się również pokój odwiedzin dla internowanych. Pacjenci ze wszystkich pododdziałów odbywali tutaj spotkania ze swoimi bliskimi. Pomieszczenie to było monitorowane, znajdował się w nim jeden stół wraz z krzesłami.

W Oddziale funkcjonowała sala sportowa, wyposażona w atlasy do ćwiczeń, stół do ping-ponga, drabinki, maty do ćwiczeń, rower stacjonarny, hantle, stół do gry w piłkarzyki oraz wydzielone miejsce do gry w koszykówkę i siatkówkę. Obok znajdowało się pomieszczenie z oknem wychodzącym na salę sportową, co umożliwiało terapeutom ds. sportowych bezpośrednią obserwację zachowania pacjentów i koordynowanie zajęć.

Na ostatniej kondygnacji Oddziału znajdował się: gabinet terapii zajęciowej, cztery pokoje psychologów, jeden pokój psychoterapeuty, jeden pokój terapeuty do spraw uzależnień, świetlica oraz łaźienka wyposażona w zabudowany kącik sanitarny, bidet oraz umywalkę. Świetlica, wyposażona w krzesła, tablicę oraz duży telewizor, była również wykorzystywana do prowadzenia zajęć terapeutycznych. W pomieszczeniu tym odbywały się także grupowe zajęcia z psychologiem. Jedynie w szczególnych przypadkach, np. z

uwagi na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa, zajęcia te prowadzone były w jednym z dwóch pokoi psychologów, wyposażonych w system rejestrowania obrazu.

W gabinecie terapii zajęciowej usytuowane były cztery stoły wraz z krzesłami oraz oddzielne biurko dla terapeuty. Pacjenci podczas terapii mogli grać w gry stolikowe oraz wykonywać drobne prace manualne przy użyciu odpowiednich narzędzi. Zajęcia te nie były obowiązkowe. Z przekazanych informacji wynikało, że korzysta z nich około 50% pacjentów. Jednorazowo w każdej grupie mogło uczestniczyć od 12 do 14 pacjentów. Zajęcia odbywały się zawsze pod nadzorem terapeuty i trwały około 60 min.

Internowani przebywający w tym Oddziale mieli do dyspozycji plac spacerowy, na którym – jak wynika z informacji przekazanej przez personel - znajdowały się ławki oraz tablica do gry w koszykówkę. W dniu wizytacji ławki były zdemontowane, co było podyktowane koniecznością ich okresowego zabezpieczenia przed zimowymi warunkami atmosferycznymi.

4. Legalność pobytu

Analiza zebranego podczas wizytacji materiału doprowadziła do wniosku, iż w Oddziale XXIV środek zabezpieczający był wykonywany wobec 78 osób, a w dniu wizytacji w Oddziale przebywało 79 pacjentów. Z otrzymanych wyjaśnień wynikało, że jedna osoba została przeniesiona z Oddziału Chorób Płuc. Jako powód przyjęcia pacjenta do Oddziału podano jego bardzo nasilone zachowania agresywne, które wielokrotnie powtarzały się w przeszłości. Pacjent, z uwagi na zaburzenia psychotyczne, z głębokim rozpadem osobowości, całkowitą dezorganizacją myślenia, funkcjonował na minimalnym akceptowalnym poziomie wyłącznie w warunkach dobrze sobie znanych, w których miał zapewniony stały nadzór, istniała możliwość szybkiej interwencji oraz fizycznego opanowania jego pobudzenia. Ze względu na głębokość prezentowanych zaburzeń psychicznych pacjent nie adaptował się do nowych środowisk, reagował pobudzeniem, agresją i wszelkie podejmowane próby przenoszenia go do innych Oddziałów kończyły się zachowaniami agresywnymi, koniecznością stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia i całkowitą dezorganizacją pracy tych Oddziałów. W ocenie personelu lekarskiego pobyt tego chorego w Oddziale XXIV stanowił niezbędny kompromis pomiędzy koniecznością zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi i jego otoczeniu. W ocenie lekarzy pacjent, ze względu na nasilenie i długotrwałość procesu chorobowego, nie miał szans na powrót do środowiska, w stanach pobudzenia stanowił zagrożenie dla życia i zdrowia innych pacjentów i personelu. Oddział XXIV, dysponujący możliwościami personalnymi i infrastrukturą dostosowaną do leczenia pacjentów agresywnych, pozwalał zaś na bezpieczny pobyt pacjenta i uniknięcie bardzo długotrwałego stosowania przymusu bezpośredniego, który w tym przypadku byłoby konieczny.

W sytuacji niewątpliwie kierowano się dobrem pacjenta, jednakże należy zauważyć, iż przepisy nie przewidują możliwości przyjęcia kogokolwiek do Oddziału Psychiatrii Sądowej bez decyzji sądu o zastosowaniu środka zabezpieczającego bądź organu dyspozycyjnego w związku z toczącym się postępowaniem przygotowawczym. W przypadku postępowań sądowych internacja sądowo-psychiatryczna jest przewidzianym w Kodeksie karnym (k.k.) środkiem zabezpieczającym i polega na umieszczeniu w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym sprawcy czynu zabronionego, u którego stwierdzono stan zniesionej poczytalności, określonej w art. 31 § 1 k.k. bądź w razie skazania za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2 k.k. Ponadto, zgodnie z art. 200 § 3a Kodeksu karnego wykonawczego (k.k.w.), w zakładach psychiatrycznych, dysponujących warunkami wzmocnionego zabezpieczenia, wykonuje się środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym wobec sprawców określonych w art. 93c pkt 3 k.k.

Należy więc stanowczo stwierdzić, że umieszczenie ww. pacjenta w Oddziale XXIV było działaniem sprzecznym z obowiązującym porządkiem prawnym, który nie przewiduje możliwości umieszczenia pacjenta w zakładzie psychiatrycznym, gdy nie ma polecenia odpowiedniego organu.

5. Prawo do informacji

Wszelkie istotne dla pacjentów informacje, dotyczące m.in.: składania skarg, regulaminu Oddziału, praw pacjenta czy rozkładu dnia, były umieszczone w ogólnodostępnych miejscach - na tablicach wywieszonych na korytarzach Oddziałów.

Pacjenci obydwu Oddziałów mieli zapewniony dostęp do odbiorników telewizyjnych. Wielu z nich (z wyłączeniem osób tymczasowo aresztowanych przebywających w Oddziale XXII) miało również możliwość korzystania z własnego komputera, ze stałym dostępem do Internetu. Ta możliwość zapewniała pacjentom dostęp do stron internetowych, w tym do Biuletynu Informacji Publicznej. Korzystanie z komputera nie było nadzorowane przez pracowników Szpitala. W przypadku, gdy pacjent nie posiadał własnego komputera, nie miał też możliwości skorzystania z komputera stacjonarnego, będącego własnością Szpitala. Na czas wizytacji placówka nie miała bowiem połączenia z Internetem. Wprawdzie, pacjenci nieposiadający własnego sprzętu mogli zwrócić się do innych pacjentów z prośbą o użyczenie, nie zmienia to jednak faktu, iż realizacja ich prawa do dostępu do informacji publicznej zależna była od dobrej woli osób trzecich. Z przekazanych Rzecznikowi informacji wynikało, iż Szpital nie miał opracowanych procedur korzystania z Biuletynów Informacji Publicznych.

Wszyscy pacjenci mieli zapewniony dostęp do swojej dokumentacji medycznej - złożenie wniosku do sekretarza medycznego skutkowało jej udostępnieniem.

Ustalono również, że w wizytowanych Oddziałach przebywali cudzoziemcy. Posługiwali się oni językiem polskim i nie mieli trudności w codziennym komunikowaniu. Z otrzymanych wyjaśnień wynikało, że w przypadku, gdy pacjent nie porozumiewa się w języku polskim, to do pomocy wzywany jest pracownik Szpitala, który posługuje się językiem znanym pacjentowi (Szpital dysponował wykazem pracowników, którzy mówią w określonym języku obcym). Jeśli natomiast jest taka potrzeba, to do każdego badania pacjenta wzywany jest tłumacz przysięgły.

W trakcie wizytacji nie ustalono, czy administracja Szpitala posiadała przetłumaczone na inne języki egzemplarze regulaminów poszczególnych Oddziałów. W przypadku, gdyby regulaminy dostępne były wyłącznie w języku polskim, administracja Szpitala powinna podjąć działania celem ich przetłumaczenia. Nie można bowiem wykluczyć, że do Oddziału zostanie przyjęty pacjent nieposługujący się językiem polskim, a istotne jest, by przy przyjęciu mógł on zapoznać się z zasadami pobytu w danym Oddziale oraz swoimi prawami i obowiązkami.

6. Prawo do sądu i prawo do obrony

Z przekazanych informacji wynika, że pacjenci - co do zasady - są informowani przez sądy o terminach posiedzeń w przedmiocie przedłużenia internacji. Jednak tylko nieliczni zgłaszają chęć udziału w tych posiedzeniach. Gdy nie ma przeszkód medycznych w uczestniczeniu pacjenta w posiedzeniu, konwój do sądu realizują funkcjonariusze Policji na podstawie nakazu wydania. Znalazło to potwierdzenie w relacjach samych pacjentów, którzy w prowadzonych rozmowach zgodnie potwierdzali, że byli informowani o terminie posiedzeń i zwykle odmawiali w nich udziału.

Zastrzeżenia budzą zaś zasady korzystania przez osoby tymczasowo aresztowane, przebywające w Oddziale XXII, z aparatu telefonicznego w celu przeprowadzenia rozmowy obrońcą. Taką możliwość mieli oni zapewnioną jedynie raz w tygodniu, przez 15 min. Tylko w nagłych sytuacjach pacjent mógł wykonać kolejne połączenie (regulamin Oddziału Psychiatrii Sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu, zał. nr 1, pkt 8 i 11). W ocenie wizytujących regulacje te mogą prowadzić do naruszenia prawa do obrony. Rozmowy telefoniczne z obrońcą nie powinny bowiem podlegać reglamentacjom ilościowym, w takim zakresie jak obecnie oraz ograniczeniom czasowym.

W Oddziale XXIV, zgodnie z zapisem punktu 15 „Postanowienia niniejszego załącznika nie naruszają prawa pacjenta do niekontrolowanego kontaktowania się ze swoim obrońcą lub pełnomocnikiem”. Należy jednak zauważyć, że widzenia pacjentów z

adwokatem realizowane są w pomieszczeniu wyposażonym w monitoring rejestrujący obraz bez dźwięku. Takie warunki kontaktu z obrońcą mogą prowadzić do naruszenia prawa do obrony i tajemnicy adwokackiej. Dodatkowo praktyka ta stoi w opozycji do powyższej regulacji, mówiącej o prawie pacjenta do niekontrolowanego kontaktowania się z obrońcą lub pełnomocnikiem.

7. Mechanizm skargowy

Z relacji pacjentów wynikało, że adresy do organów, do których mogą złożyć skargę znajdują się na tablicach wywieszonych na korytarzach Oddziałów. W Oddziale XXII uzyskano ponadto informację, że w dyżurce pielęgniarek znajduje się książka skarg i wniosków. W przypadku, gdy pacjent chce złożyć skargę do Dyrektora Szpitala, przekazywana jest ona w zaklejonej kopercie.

W Szpitalu, cztery razy w tygodniu, przyjmował Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. W Oddziałach XXII i XXIV Rzecznik był średnio raz w tygodniu, czasami częściej, jeżeli były zgłoszenia. Do dnia 25.11.2019 r. pacjenci mający status osób tymczasowo aresztowanych mogli spotkać się z Rzecznikiem wyłącznie po uzyskaniu zgody organu dysponującego. Praktyka ta uległa zmianie po tym, jak Prokuratura Okręgowa w Gdańsku zajęła stanowisko, że taka zgoda nie jest wymagana.

Pacjenci składali skargi, prośby do Rzecznika za pośrednictwem personelu lub osobiście, najczęściej telefonicznie. Rzecznik, z którym wizytujący mieli możliwość przeprowadzenia rozmowy, wskazała, że pacjenci chętnie korzystają z jej obecności i możliwości porozmawiania. W ostatnim okresie skarżyli się na ograniczony dostęp do psychologa. Rzecznik również zauważyła, że psychologowie, realizując opinie na potrzeby postępowania sądowego, nie mają wystarczającej ilości czasu dla pacjentów.

Istotnym jest, że obecnie w Szpitalu nie funkcjonuje Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego - pracownik BRPO pozyskał taką informację w dniu 9 października 2020 r., w trakcie rozmowy telefonicznej z przedstawicielem administracji Szpitala. W tym miejscu należy wskazać, że zgodnie z art. 10a pkt 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego², pacjenci mają prawo do przekazania ustnych i pisemnych skarg dotyczących naruszenia ich praw oraz spotkania z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w warunkach zapewniających swobodę wypowiedzi, nie później niż w terminie 7 dni od dnia zgłoszenia takiej potrzeby i uzyskania informacji o rozstrzygnięciu zgłoszonej sprawy.

W 2018 r. pacjenci Oddziału XXII złożyli 8 skarg:

² Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego – Dz. U. z 2020 r. poz. 685.

- wniosek o poprawę jakości posiłków;
- brak możliwości zabrania po odwiedzinach żywności niezapakowanej z oznaczoną datą ważności;
- skarga na niewłaściwą diagnozę;
- zastrzeżenia dotyczące postępowania lekarza;
- zlekceważenie problemów zdrowotnych przez lekarza dyżurnego;
- konflikt między pacjentami, kiedy gasić światło na sali;
- skarga na nagabywanie przez innego pacjenta;
- zarzuty dotyczące czasu spaceru, posług religijnych, wykonywania telefonów, warunków bytowych.

Natomiast w 2019 r. wpłynęło 10 skarg pacjentów:

- odmowa zrobienia przez sekretarkę wypiski towarowej;
- skarga/wniosek o możliwość usunięcia tatuaży w szpitalu;
- skarga na brak możliwości palenia;
- skarga na lekceważenie potrzeb zdrowotnych;
- skarga/wniosek obowiązujący regulamin;
- skarga na niewłaściwe zachowanie pielęgniarki oraz regulamin;
- skarga – regulamin, kontrola osobista;
- skarga – możliwość kontaktu z rzecznikiem bez zgody organu dysponującego;
- skarga na złe samopoczucie po wykonaniu psychotestów;
- skarga na leczenie, przymusowe podanie leków.

W Oddziale XXIV w 2018 r. odnotowano jedną skargę pacjenta. Zarejestrowano również jedną skargę złożoną w 2019 r. przez ojca pacjenta na niesłuszne odebranie pacjentowi laptopa i telefonu oraz niesłuszne zabezpieczenie po napadzie.

8. Kontakt ze światem zewnętrznym

Pacjenci Szpitala mogą utrzymywać kontakt z rodziną oraz innymi osobami w postaci widzeń, rozmów telefonicznych oraz korespondencji. Widzenia odbywają się codziennie w godzinach określonych regulaminem danego Oddziału, w wyznaczonym do tego pomieszczeniu monitorowanym. Z przeprowadzonej rozmowy z przedstawicielami administracji wynika, że w przypadku internowanych przebywających w obu Oddziałach

nie ma limitu, co do liczby osób odwiedzających pacjenta danego dnia. W spotkaniu mogą brać udział dzieci. Czas trwania widzenia trwa zgodnie z obowiązującym regulaminem. Osoba odwiedzająca nie musi uzyskać zgody na odwiedzinę pacjenta, gdyż nie prowadzi się weryfikacji przez kogo pacjent jest odwiedzany. Personel nie dostrzega zagrożeń pod tym względem. Sprawdzany jest jedynie dowód osobisty osoby odwiedzającej. W przypadku gdy istnieje podejrzenie, że osoba odwiedzająca może być pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających wzywana jest Policja. Taka sama procedura obowiązuje w przypadku, gdy osoba odwiedzająca zakłóca przebieg widzenia i nie reaguje na zwracane jej uwagi.

W rozmowach indywidualnych pacjenci, których bliscy odwiedzają, nie zgłaszali uwag w zakresie realizacji widzeń. Potwierdzali, że widzenia realizowane są codziennie w godzinach 9:00-12:00 oraz 14:30-17:00, a personel nie ogranicza kręgu osób odwiedzających. Nie wszyscy pacjenci są jednak odwiedzani. Często przeszkodą jest duża odległość Szpitala od miejsca zamieszkania bliskich, w innych przypadkach rodzina nie utrzymuje kontaktu z pacjentem.

Internowani przebywający w Oddziale XXIV w sposób nieograniczony mogą korzystać z własnego telefonu komórkowego. Informowani są jedynie przez personel o zakazie filmowania obrazu i nagrywania dźwięku. W przypadku, gdy ktoś nie posiada własnego telefonu, a potrzebuje przeprowadzić rozmowę telefoniczną, może skorzystać, na koszt Szpitala, z telefonu stacjonarnego, dostępnego w dyżurce. Jednakże, jak wynika z przekazanych przez personel informacji, pacjenci raczej nie korzystają z takiej możliwości, w razie potrzeby pożyczają telefon od innego pacjenta. Rozmowy telefoniczne nie podlegają nadzorowi ze strony personelu, a pacjent może swobodnie kontaktować się z wybranymi przez siebie osobami. Dostęp do telefonu może być pacjentowi ograniczony w przypadku, gdy zakłóca ciszę nocną. W rozmowie z pacjentami uzyskano dodatkowo informację, że korzystanie z telefonu komórkowego jest możliwe po uzyskaniu uprzedniej zgody pielęgniarki oddziałowej na jego posiadanie, a dostęp może być uniemożliwiony również w sytuacji, gdy pacjent zostaje umieszczony na sali obserwacyjnej – odzyskuje telefon, gdy jego stan zdrowia się ustabilizuje. Informacja ta została potwierdzona w rozmowie uzupełniającej z personelem Oddziału XXIV.

Nieco inne zasady w korzystaniu z telefonu obowiązują w Oddziale XXII. Osoby internowane mogą korzystać z telefonu komórkowego w godz. 13:00-21:00. Ograniczenie to wynika z faktu, iż przed godz. 13:00 prowadzone są różnego rodzaju zajęcia i - w ocenie personelu Oddziału - czas ten powinien być w pełni wykorzystany na terapię.

Koszty prowadzenia rozmów pokrywają sami pacjenci – zwykle posiadają oni własne środki finansowe, bowiem otrzymują różne świadczenia, np. renty, zasiłki. Z analizy regulaminu Oddziału XXII dla pacjentów nie mających statusu prawnego osób tymczasowo

aresztowanych wynika, iż w przypadku, gdy nie posiadają oni własnego telefonu, istnieje możliwość skorzystania z aparatu służbowego udostępnianego w dyżurce Oddziału w godz. 9:00 – 18:00. Czas trwania rozmowy telefonicznej prowadzonej z aparatu służbowego nie powinien przekraczać 15 minut.

Z uwagi na fakt, iż pacjenci przebywającymi w Oddziale XXIV mają nieograniczony dostęp do telefonu, prowadzenie korespondencji jest rzadkością, co potwierdza zarówno personel, jak i sami pacjenci. Niemniej jednak, w sytuacji, gdy pacjent potrzebuje wysłać korespondencję, a nie dysponuje środkami finansowymi, korespondencję wysyła pracownik socjalny za środki pozostające w dyspozycji Szpitala. Istnieje również możliwość wysłania faxu.

Z zasad wysyłania i otrzymywania korespondencji, obowiązujących w Oddziale XXII, wynika, że korespondencja prywatna odbywa się na koszt pacjenta, a pacjenci nieposiadający środków finansowych mogą otrzymać papier, koperty oraz znaczki na cztery listy w miesiącu wysyłane jedynie do organów sądowych i prokuratury oraz instytucji państwowych, samorządowych lub społecznych. Powyższe oznacza, że Szpital nie ponosi kosztów korespondencji pacjenta skierowanej do rodziny czy osoby bliskiej. Pozbawienie najuboższych internowanych możliwości utrzymywania kontaktu z bliskimi w postaci korespondencji budzi zastrzeżenie. Dla tych pacjentów list jest często jedyną możliwą formą kontaktu ze światem zewnętrznym. Brak możliwości podtrzymywania relacji z rodziną, bliskimi czy znajomymi z całą pewnością nie wpływała pozytywnie na proces leczenia i integracji społecznej, ułatwiający powrót do społeczeństwa.

Z uzyskanych informacji od personelu wynika, że korespondencja nie podlega kontroli. Pacjenci wskazywali jednak na kontrolę korespondencji prywatnej, poprzez jej otwarcie i sprawdzenie, czy nie zawiera przedmiotów niedozwolonych. Internowani nie zgłaszali uwag w tym zakresie. Korespondencja prowadzona z sądem nie podlega żadnej kontroli.

W tym miejscu należy wskazać, że zgodnie z art. 13 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, osoba z zaburzeniami psychicznymi przebywająca w szpitalu psychiatrycznym lub w domu pomocy społecznej ma prawo do porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami; korespondencja takiej osoby nie podlega kontroli. Z kolei art. 33 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej: u.p.p.)³, stanowi, iż pacjent podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami. Ograniczenie prawa do kontaktu telefonicznego i korespondencyjnego pacjenta wynika z art. 5 u.p.p. i powinno mieć miejsce tylko w wyjątkowych

³ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta- Dz. U. z 2020 r. poz. 849.

okolicznościach, nie może jednak godzić w życie prywatne i rodzinne pacjenta. Wspomniany artykuł stanowi, że kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 u.p.p., także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu.

Zdaniem Rzecznika, skoro art. 5 u.p.p. dopuszcza wyłącznie „ograniczenie korzystania z prawa do kontaktu [...] telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami”, to nie można z niego wywodzić uprawnienia do jakiegokolwiek ingerencji w tajemnicę komunikowania się. Na gruncie art. 5 u.p.p. można (przy założeniu, że ziściły się przesłanki wymienione w tym przepisie) ograniczyć korespondencję pocztową (np. listy są wysyłane tylko w piątki), ale niedopuszczalna jest jakakolwiek ingerencja w tajemnicę korespondencji. Tym samym art. 13 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. w części stanowiącej, że „korespondencja takiej osoby nie podlega kontroli” nie doznaje ze względu na treść art. 5 u.p.p. jakiegokolwiek uszczerbku.

Odmienne regulacje, dotyczące kontaktów ze światem zewnętrznym, obowiązują w przypadku pacjentów przebywających w Oddziale XXII, mających status osoby tymczasowo aresztowanej. Zarówno na widzenie, jak i rozmowę telefoniczną, zgodę musi wydać organ, do którego dyspozycji pozostaje tymczasowo aresztowany. W przypadku uzyskania zezwolenia, zgodnie z pkt 7 załącznika Nr 3 do regulaminu Oddziału XXII – dla pacjentów, wobec których orzeczono środek zapobiegawczy w postaci tymczasowego aresztowania, widzenie trwa 60 min, z możliwością przedłużenia o 30 min. W spotkaniu, w związku z kwestiami organizacyjnymi, mogą uczestniczyć max. 2 osoby dorosłe. Widzenia nadzorowane są przez pracownika Szpitala.

Pacjenci, którzy mają zgodę organu dysponującego na prowadzenie rozmów telefonicznych, np. z rodziną mogą korzystać wyłącznie ze służbowego aparatu telefonicznego, udostępnianego w Oddziale. Rozmowy telefoniczne odbywają się raz w tygodniu, w godz. 15:00 do 18:30 i są nadzorowane przez pracownika Oddziału. Czas trwania rozmowy telefonicznej nie powinien przekraczać 15 minut. W uzasadnionych przypadkach rozmowa pacjenta może zostać przerwana. Powyższe kwestie zostały uregulowane w Załączniku nr 1 do ww. regulaminu Oddziału.

9. Przebywanie na świeżym powietrzu

Pacjenci wizytowanych Oddziałów mają dostęp do świeżego powietrza w postaci spacerów realizowanych pod opieką personelu w wyznaczonym do tego miejscu na zewnątrz budynku. W przypadku pacjentów Oddziału XXIV spacer trwa przynajmniej 2

godz. dziennie, a czasem kilka godzin w zależności od panujących warunków atmosferycznych. Uzależnienie długości trwania spaceru od warunków pogodowych potwierdzają pacjenci wskazując, iż zimą czas jest skrócony do pół godziny, natomiast latem wynosi 2 godziny. W trakcie rozmów z pacjentami słyszalne były głosy, iż spacer nie jest realizowany w weekendy. Informacja ta została potwierdzona w rozmowie z personelem Oddziału XXIV, który wyjaśnił, iż taka praktyka podyktowana jest brakiem pracowników, którzy mogliby sprawować nadzór nad osobami przebywającymi na świeżym powietrzu.

Spacer osób tymczasowo aresztowanych (Oddział XXII) trwa natomiast nie krócej niż 30 min i realizowany jest w grupach 10-osobowych. Odbywa się codziennie, z wyłączeniem sobót i niedziel, z takich samych powodów jak w Oddziale XXIV.

10. Prawo do praktyk religijnych

W regulaminach Oddziałów jest zawarta informacja, że pacjenci mają prawo do wykonywania praktyk i korzystania z posług religijnych, jednak nie ma określonych zasad korzystania z wolności religijnej, np. miejsca, dat i godzin, w których odbywają się posługi religijne. Z otrzymanych wyjaśnień wynika natomiast, że osoby różnych wyznań mają zapewnioną możliwość praktykowania swojej religii. Msza św. odbywa się raz w tygodniu w Oddziale XXIV w świetlicy, a w Oddziale XXII w salach terapii. W trakcie realizacji posługi religijnej pacjenci mają zapewnione poczucie intymności, udzielane są także posługi indywidualne. Pacjenci mogą posiadać w pokoju przedmioty kultu religijnego.

11. Wyżywienie/zakupy/paczki

Pacjenci mają zapewnione wyżywienie przez Szpital, przygotowywane przez kuchnię centralną, z której posiłki dowożone są bezpośrednio do wszystkich Oddziałów. Zatrudniony dietetyk ustala szczegółowe diety dla konkretnych pacjentów. Pacjenci mają zapewnione nie tylko diety lecznicze, ale również wyżywienie spełniające wymogi religijne i kulturowe (tzw. dieta wyznaniowa i wegetariańska).

Pacjenci Oddziału XXIV nie mogą zamawiać gotowych posiłków z zewnątrz oraz gotować we własnym zakresie. Mają jednak zapewnioną możliwość skorzystania z mikrofalówek oraz czajników elektrycznych. Korzystanie z tych urządzeń odbywa się zawsze pod nadzorem personelu. Pacjenci nie mogą również samodzielnie parzyć sobie napojów gorących. Zgodnie z obowiązującą zasadą, napoje gorące przygotowuje personel. Posiłki co do zasady spożywane są w pokojach.

Z przekazanych od pacjentów informacji wynika, że zakupy organizowane są przez sekretarza medycznego na podstawie zbiorowej listy zakupów, wcześniej sporządzonej przez jednego z pacjentów.

Personel Oddziału XXIV nie wprowadza ograniczeń w postaci limitowania liczby paczek, jakie internowany może otrzymać w ciągu miesiąca. Nie nadzoruje się również, od kogo pacjent otrzymał paczkę. Ponadto, jako że internowani mają dostęp do Internetu, samodzielnie mogą dokonywać zakupów internetowych. Paczki podlegają kontroli przy użyciu detektora do wykrywania metali, w obecności osoby zamawiającej.

Nieco odmienna regulacja obowiązuje w Oddziale XXII – pacjenci internowani mogą zamawiać posiłki z zewnątrz. Raz w tygodniu organizowana jest wypiska towarowa do kwoty 150 zł. Limit kwotowy podyktowany jest warunkami późniejszego przechowywania żywności, niemniej jednak w razie potrzeby wydawane są zgody na większe zakupy.

Tymczasowo aresztowani mogą zaś raz w miesiącu otrzymać paczkę żywnościową o ciężarze do 5 kg oraz raz na kwartał paczkę odzieżową, o tym samym limicie wagowym. Nie ma znaczenia, kto jest nadawcą paczki, jednakże nie może ona zostać dostarczona osobiście, lecz za pośrednictwem np. kuriera.

12. Odzież i środki higieniczne

Nie określa się ilości i rodzaju rzeczy własnych, które internowany może posiadać w pokoju. W Oddziale XXIV pacjenci przez cały czas mogą korzystać z własnej odzieży, natomiast w oddziale XXII jedynie w ciągu dnia – w nocy korzystają z piżamy szpitalnej. Jeżeli pacjent nie posiada własnej odzieży bądź jest zniszczona i wymaga wymiany, a nie dysponuje środkami finansowymi lub pomocą ze strony bliskich, otrzymuje odzież z zasobów Szpitala (składowane w magazynie, przekazane Szpitalowi w postaci darowizny). Analogiczna sytuacja wygląda w odniesieniu do użytkowania środków higienicznych. Tożsame informacje uzyskano w trakcie rozmów z pacjentami.

Nowoprzyjęty pacjent, który nie posiada własnej odzieży otrzymuje od Szpitala piżamę, mydło, pastę do zębów oraz proszek do prania. Pomimo tego, że systemowo przepisy nie zapewniają ubrań dla pacjentów, to wychodząc naprzeciw ich potrzebom zapewniana jest im również odzież odpowiednią do pory roku, by umożliwić pacjentowi np. wyjście na plac spacerowy czy udania się na posiedzenie sądu. W dniu wizytacji na stanie magazynu widniało piętnaście par spodni właśnie dla pacjentów, którzy ewentualnie będą potrzebowali pomocy w tym zakresie.

Z przekazanych przez personel Oddziału XXIV informacji wynika, że pacjenci nie są zobowiązani do sprzątnięcia pokoi lub korytarza Oddziału, gdyż należy to do obowiązków

personelu. Pacjenci odpowiedzialni są jedynie za uprzątnięcie szafek, w których przechowują swoje rzeczy prywatne. Powyższego nie udało się jednak jednoznacznie zweryfikować w trakcie rozmów z pacjentami. Jedni wskazywali bowiem, iż sprzątają w pokojach, a niekiedy również na korytarzu w ramach obowiązkowej aktywizacji. Inni zaś twierdzili, że nie ma obowiązku sprzątnięcia, lecz można to robić w przypadku, gdy pacjent wyrazi chęć pomocy. Natomiast z informacji pozyskanych od personelu Oddziału XXII wynika, że zarówno pacjenci internowani, jak i tymczasowo aresztowani, po uprzednio zgłoszonej przez nich pisemnej prośbie, mogą wykonywać prace sprzątające⁴.

13. System dyscyplinowania i nagradzania pacjentów

W toku rozmowy z personelem Oddziału XXIV ustalono, iż niekiedy zdarzają się przypadki podejmowania przez pacjentów prób wejścia w posiadanie środków niedozwolonych bądź wyrobów tytoniowych. Co do zasady wyroby tytoniowe są deponowane przy przyjęciu pacjenta do Oddziału. Natomiast jeżeli zdarzy się przypadek, że pacjent posiada i korzysta z wyrobów tytoniowych, podejmowane są działania mające na celu zabranie niedozwolonych używek i uzyskanie informacji, skąd je pozyskał, aby wyeliminować takie zachowania w przyszłości.

Z przekazanych przez personel Szpitala informacji wynika, że nie funkcjonuje system dyscyplinowania pacjentów – kładzie się nacisk na oddziaływania o charakterze terapeutyczno-korekcyjnym. Niemniej jednak, w trakcie rozmów z pacjentami pojawiały się rozbieżne informacje w tym zakresie – jedni wskazywali na brak systemu karania, lecz informowali, że funkcjonuje system nagradzania, np. uzyskanie zgody na nowy telefon. Decyzję w tym zakresie miałby podejmować lekarz bądź pielęgniarz oddziałowy. Inni natomiast wskazywali na karę w postaci utraty przywilejów, tj. pozbawienie telefonu bądź odbiornika TV na okres miesiąca lub dwóch.

W regulaminie zarówno Oddziału XXIV, jak i XXII opisane zostały przywileje pacjentów. Załącznik nr 2 regulaminu Oddziału XXII stanowi, iż pacjenci za koleżeńską postawę, przestrzeganie regulaminu, bezkonfliktowość, wzorową kulturę osobistą, dbanie o higienę osobistą oraz czystość otoczenia mają możliwość ubiegania się o szczególne przywileje. Pacjenci mający status tymczasowo aresztowanych mogą ubiegać się o możliwość przedłużenia odwiedzin o 30 minut, zezwolenie na dokonywanie dodatkowych zakupów oraz zezwolenie na otrzymanie dodatkowej paczki. Natomiast pacjenci internowani mogą ubiegać się o zezwolenie na dokonywanie dodatkowych zakupów. Wizytujący nie mieli zastrzeżeń do powyższych zapisów.

⁴ Kwestie prac porządkowych realizowanych przez pacjentów omówiono także w punkcie 21 niniejszej notatki.

Nagrody i przywileje pacjentów przebywających w Oddziale XXIV określa Załącznik nr 1 do regulaminu Oddziału. Załącznik ten stanowi, iż nagradza się pacjentów na wszystkich szczeblach procesu terapeutycznego. Pacjentom przyznaje się nagrody np. za wzorowe przestrzeganie regulaminu, bezkonfliktowość, wzorową higienę osobistą i dbałość o czystość otoczenia. Nagrodami są: pochwała postawy i zachowania, pochwała w obecności innych pacjentów (w trakcie spotkania społeczności terapeutycznej) oraz przeniesienie na salę o niższej kontroli.

Wątpliwości wzbudził fakt, iż przeniesienie na salę o niższej kontroli jest nagrodą. Zrodziły się one wobec przedstawianych przez personel Oddziału informacji, że w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta zostaje przeniesiony na salę o wyższej kontroli czyli salę obserwacyjną, wyposażoną w system monitoringu, gdzie prowadzony jest ściślejszy nadzór lekarski. Mając powyższe na uwadze, należy uznać, iż powrót na salę o niższej kontroli (zwykły pokój) następuje automatycznie, gdy ustabilizuje się stan zdrowia pacjenta. I to jest jedyna przesłanka decyzji w przedmiocie przeniesienia na salę o niższej kontroli. Nie można więc zaakceptować stanu, w którym takie przeniesienie jest formą nagrody. Brak tej akceptacji wynika również z faktu, że ta sytuacja buduje przekonanie u pacjentów, iż przeniesienie na salę o wyższej kontroli jest karą. Takie odczucia były werbalizowane przez pacjentów.

14. Kontrola osobista pacjentów

Z relacji pacjentów wynikało, że personel w określonych okolicznościach przeprowadza wobec nich kontrolę osobistą, mimo że regulaminy stanowią jedynie o kontroli rzeczy osobistych pacjenta. Pacjenci wskazywali, że czynności takie są wykonywane po realizacji widzenia i odbywają się w oddzielnym pomieszczeniu. Pacjent musi rozebrać się do bielizny, a jego ubranie oraz ewentualnie paczki przekazane przez odwiedzających podlegają kontroli. W rozmowie z innym pacjentem uzyskano informację, że taka procedura obowiązuje również w przypadku zmiany pododdziału – np. przejście do pododdziału obserwacyjnego. Niektórzy rozmówcy twierdzili, że musieli rozebrać się do naga. Pacjenci, którzy nie mieli takich doświadczeń byli przekonani o tym, że kontrole osobiste są przeprowadzane z uwagi na relacje innych pacjentów.

Personel Oddziału XXII potwierdził, iż w przypadku, gdy istnieje podejrzenie, że pacjent w trakcie widzenia wszedł w posiadanie środków niedozwolonych, poddaje się go kontroli w gabinecie lekarskim lub pokoju podczas nieobecności osób postronnych. W obecności lekarza i pielęgniarki zostaje on przebrany w piżamę i dokonuje się sprawdzenia jego odzieży.

Punkt 14 Załącznika nr 3 do regulaminu Oddziału, regulujący kwestię realizacji widzeń, stanowi iż „Po zakończeniu odwiedzin każdy pacjent poddawany jest kontroli na zasadach określonych w regulaminie oddziału”. W regulaminie nie ma zapisu o możliwości przeprowadzenia kontroli osobistej.

Należy podnieść, że obowiązujący w 2016 r. regulamin Oddziału XXII zawierał zapis dopuszczający przeprowadzanie kontroli osobistej pacjentów. Już wtedy zapis ten był niezgodny z obowiązującymi wówczas przepisami. Regulacja zezwalająca na takie działania utraciła swoją moc obowiązującą z dniem 30 czerwca 2015 r. Regulamin organizacyjno-porządkowy wykonywania środków zabezpieczających, stanowiący załącznik nr 6 do znowelizowanego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających z dnia 5 lipca 2016 r.⁵, nie przewidywał takiego uprawnienia. Zmiana regulaminu nastąpiła w związku z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 21 kwietnia 2015 r.⁶, w którym to Trybunał uznał za niekonstytucyjny § 1 pkt 3 obowiązującego poprzednio regulaminu. W związku z tym, znowelizowany akt nie przewidywał możliwości poddawania kontroli osobistej pacjentów przyjmowanych do oddziału dysponującego warunkami wzmocnionego zabezpieczenia. Wobec takiej sytuacji, Krajowy Mechanizm Prewencji (zwany dalej KMP)⁷ zalecił usunięcie ww. zapisu z regulaminu. Dyrektor Szpitala, w piśmie z dnia 14 lutego 2017 r. skierowanym do KMP stwierdził, iż uwzględniając to zalecenie, w regulaminie Oddziału XXII wprowadzono stosowne zmiany, poprzez usunięcie zapisu uprawniającego personel do poddawania pacjentów kontroli osobistej podczas przyjęcia do Oddziału.

Ustalone okoliczności w trakcie wizytacji wskazują jednak, że mimo zmiany zapisów regulaminu, kontrole osobiste wobec pacjentów nadal były przeprowadzane. W korespondencji Dyrektora Szpitala z dnia 14 marca 2019 r., skierowanej do Sądu Okręgowego w Gdańsku VI Wydział Penitencjarny i Nadzoru nad Wykonywaniem Orzeczeń Karnych, wskazano, iż cyt.: „W przypadku posiadania lub podejrzenia posiadania substancji czy przedmiotów niedozwolonych w oddziale dokonuje się kontroli rzeczy osobistych, może zachodzić też potrzeba rewizji osobistej (...)”. Nieprawidłowe postępowanie personelu Szpitala w tym zakresie dostrzegł Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, który w 2019 r. prowadził postępowanie wyjaśniające w sprawie

⁵ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających - Dz. U z 2016 r., poz. 1133.

⁶ Sygn. akt U 8/14 (Dz. U. poz. 602).

⁷ KMP przeprowadził wizytację Oddziałów XXII i XXIV w dniach 8-10 lutego 2016 r. – raport z dnia 30.03.2016 r. KMP.574.2.2016.PK.

wykonywania wobec pacjentów czynności kontrolnych w postaci kontroli osobistej. Rzecznik Praw Pacjenta zakwestionował te działania, uznając, że doszło do naruszenia praw pacjenta. Kwestia ta była przedmiotem prowadzonej korespondencji Biura RPO z administracją Szpitala w ramach działań uzupełniających. Rzecznik został poinformowany, iż kontrola osobista pacjentów była prowadzona z powodu incydentów przemycania do Oddziału papierosów i innych substancji zakazanych.

Rzecznik Praw Obywatelskich ma świadomość, że zadaniem personelu Szpitala jest zapewnienie przestrzegania zasad bezpieczeństwa oraz nakazów i zakazów ustalonych w Oddziałach, to jednak należy wskazać, że przepisy powszechnie obowiązujące nie zezwalają na dokonywanie kontroli osobistej pacjentów. I takie stanowisko zostało przedstawione Dyrekcji Szpitala, wskazując na treść art. 204b k.k.w.: w zakładach psychiatrycznych, o których mowa w art. 200 § 2 pkt 2 i 3 (o wzmocnionym i maksymalnym zabezpieczeniu), dopuszcza się kontrolowanie przedmiotów posiadanych przez sprawców oraz pomieszczeń, w których oni przebywają. W odpowiedzi, Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa wskazał, iż mając na uwadze stanowisko Rzecznika i aktualną interpretację przepisów, w trybie pilnym przygotowana zostanie zmiana zasad funkcjonowania Oddziału wprost znosząca praktykę stosowania kontroli osobistej pacjentów, wobec których stosowany jest środek zabezpieczający.

15. Stosowanie przymusu bezpośredniego

Wizytujący zbadali okoliczności i sposób stosowania w latach 2018-2019 wobec pacjentów przymusu bezpośredniego na podstawie ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia. Ustaleń dokonano w oparciu o ogląd pomieszczeń, w których stosuje się przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia oraz izolacji, rozmowy w cztery oczy z 2 pacjentami, wobec których stosowano przymus bezpośredni oraz analizę dokumentacji „Karta zastosowania unieruchomienia”, „Zawiadomienie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego”.

W roku 2018 w Oddziale XXII odnotowano 122 przypadków stosowania przymusu bezpośredniego, w postaci: przytrzymania i podania leku bez zgody (4), unieruchomienia (117), izolacji (1), a w Oddziale XXIV 78 przypadków, w postaci unieruchomienia. W 2019 r. przymus bezpośredni był stosowany wyłącznie w postaci unieruchomienia: w Oddziale XXII było 76 przypadków a w Oddziale XXIV 22 przypadki. Należy podnieść, iż dane te uwzględniają przypadki stosowania przymusu bezpośredniego w postaci pasów ochronnych zakładanych na ręce pacjentów doprowadzanych na badania specjalistyczne, które odbywają się w innym budynku placówki leczniczej.

Zgodnie z art. 204a k.k.w. wobec sprawcy umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym można stosować środki przymusu bezpośredniego na zasadach, w trybie i w sposób określony w przepisach o ochronie zdrowia psychicznego. Ustawa ta nie przewiduje przymusu bezpośredniego w postaci pasów ochronnych zakładanych na ręce pacjentów. Ponadto, należy wskazać, iż ustawa ta dopuszcza stosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjentów, gdy spełnione są łącznie dwa warunki: pacjent prezentuje zaburzenia psychiczne pozwalające zakwalifikować go do jednej z trzech grup przewidzianych w art. 3 pkt 1 oraz zachowuje się w sposób wskazujący na stwarzanie niebezpieczeństw opisanych w art. 18 ust. 1 pkt 1, 2, 3. Niespełnienie któregoś z tych warunków powoduje, że nie ma podstaw do zastosowania przymusu bezpośredniego przewidzianego w ustawie. Okoliczności, w których stosowano przymus bezpośredni w postaci pasów ochronnych zakładanych na ręce pacjentów, nie wypełniają ww. dwóch warunków.

Kwestię stosowania tego rodzaju przymusu podnosił Krajowy Mechanizm Prewencji w raporcie z 30 marca 2016 r. Reprezentanci Mechanizmu wyrazili swoje zastrzeżenie w związku z ujawnioną praktyką stosowania „pasków” ochronnych i zalecili odstąpienie od stosowania tego typu środków. Wyniki przeprowadzonej przedmiotowej wizytacji pokazały, że zalecenie to nie zostało zrealizowane.

Zgodnie z pisemną informacją, przedstawioną wizytującym pracownikom BRPO przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa, przypadków stosowania przymusu bezpośredniego, w których były spełnione oba ww. warunki, wskazane w art. 18 ust. 1 ustawy, było w 2018 r. - 42 (Oddział XXII – 14, Oddziała XXIV – 28), a w 2019 r. - 45 (Oddział XXII – 20, Oddział XXIV – 25). W każdym z tych przypadków stosowano unieruchomienie. Z rozmowy z gł. pielęgniarem Oddziału XXII wynika natomiast, że w tym Oddziale stosowano także przymus bezpośredni w postaci izolacji: w 2018 r. – 4 przypadki i w 2019 r. – 4 przypadki. Informacje te są odnotowywane w dokumentacji pomocniczej, tzw. zeszycie o zastosowaniu izolacji. Z otrzymanej kopii tej dokumentacji wynika, że zawiera ona jedynie dane dotyczące osoby izolowanej, daty i godziny rozpoczęcia izolacji oraz daty i godziny zakończenia izolacji. W roku 2018 czas stosowania izolacji kształtował się następująco: 2 godz. 30 minut; 4 godz.; 10 godz. oraz 44 godz. Natomiast w 2019 r. izolacja trwała: 3 godz. 15 min.; 14 godz.; 93 godz., a w czwartym przypadku, stosowanym w dniu 1.11.2019 r., nie podano daty i godziny zakończenia stosowania przymusu. Zespół wizytujący, mimo takich oczekiwań, nie otrzymał kart stosowania izolacji ani też zawiadomień o zastosowaniu tego przymusu bezpośredniego. Istnieje uzasadniona wątpliwość, czy dokumentacja w tym zakresie była sporządzona, skoro informacja dotycząca liczby i rodzaju stosowanego przymusu bezpośredniego, przekazana wizytującym przez kierownictwo Szpitala, nie zawiera danych o stosowaniu przymusu

bezpośredniego w postaci izolacji w 2019 r., a w 2018 r. miał być tylko jeden taki przypadek.

Powyższe dane wskazują, że niezwykle rzadko stosowany był wobec pacjentów przymus bezpośredni w postaci izolacji. Na taki wybór przymusu bezpośredniego może mieć wpływ brak wydzielonych pomieszczeń do stosowania przymusu w postaci izolacji, spełniających warunki określone w art. 18e ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W myśl tego przepisu, przymus bezpośredni w formie izolacji jest stosowany w pomieszczeniu urządzonym w sposób zabezpieczający przed uszkodzeniem ciała osoby z zaburzeniami psychicznymi i odpowiadającym wymogom, jakie powinny spełniać pokoje łóżkowe w szpitalu psychiatrycznym lub w innym zakładzie leczniczym albo pokoje mieszkalne w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej. Pomieszczenie przeznaczone do izolacji wyposaża się w instalację monitoringu umożliwiającą stały nadzór nad osobą z zaburzeniami psychicznymi w nim przebywającą oraz kontrolę wykonania czynności związanych z tym rodzajem środka przymusu bezpośredniego. W odniesieniu do osób, które nie wykazują pobudzenia psychoruchowego i zachowań agresywnych - w ocenie wizytujących - wystarczające byłoby stosowanie właśnie izolacji w odrębnym pomieszczeniu, w warunkach zapewniających bezpieczeństwo osobiste. Byłoby to wypełnieniem dyspozycji zawartej w art. 18 ust. 8 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, który stanowi, że wybierając środek przymusu należy wybrać taki, który będzie najmniej uciążliwy dla tej osoby.

W Oddziale XXIV nie ma również pomieszczeń, które byłoby przeznaczone wyłącznie do stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia. W przypadku takiej konieczności, pokoje dwuosobowe pełnią tę funkcję. Z wyjaśnień personelu wynika, że w pomieszczeniu umieszczany jest wtedy tylko pacjent, wobec którego stosuje się przymus. Natomiast Oddział XXII dysponuje pomieszczeniami do stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia. Takie pomieszczenie składa się z przedsionka oddzielonego metalową kratą od pomieszczenia z łóżkiem, trwale przymocowanym do podłoża. Łóżko wyposażone jest w specjalne pasy służące do unieruchomienia pacjenta. Z przedsionka można wejść do zabudowanego kącika sanitarnego, wyposażonego w toaletę oraz umywalkę. Pomieszczenie to objęte jest monitoringiem wizyjnym, z którego obraz przekazywany jest bezpośrednio do dyżurki. Wizytujący zostali poinformowani, że pomieszczenia te wykorzystywane są również do izolacji pacjenta - wówczas metalowa krata, o której mowa wyżej, jest zamykana. Takie działanie jest sprzeczne z obowiązującymi przepisami, bowiem przepisy ustawy jednoznacznie wskazują w jakich warunkach można stosować przymus bezpośredni w postaci izolacji.

Zapoznano się z dokumentacją 28 przypadków stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia w 2018 r. w Oddziale XXIV (Zawiadomienia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia i Karty zastosowania unieruchomienia). W 18 przypadkach zakończono stosowanie przymusu przed upływem 24 godz., w 9 przypadkach czas jego stosowania wynosił powyżej 24 godz., w tym najdłużej 46 godz. (w jednym przypadku brak danych). Czas stosowania unieruchomienia był zróżnicowany, w 13 przypadkach nie przekraczał 10 godz., co pozwala przypuszczać, że personel Oddziału nie nadużywał tego środka i stosował go w sposób uzasadniony okolicznościami danego przypadku oraz stanem pacjenta.

Analiza udostępnionej dokumentacji ujawniła liczne przypadki nierzetelnego jej prowadzenia. W zdecydowanej większości Kart brakowało czytelnego podpisu lekarza zatwierdzającego zastosowanie unieruchomienia, daty tej decyzji i pieczętki. W wielu przypadkach w Karcie zaniechano sporządzenia uwag lekarza po zakończeniu stosowania przymusu. Były Karty, w których nie naniesiono godziny zakończenia stosowania unieruchomienia. W jednym przypadku w Karcie nie wpisano rodzaju zastosowanego przymusu, w innym stwierdzono brak informacji kto podjął decyzję (i z jakich przyczyn) o przedłużeniu stosowania unieruchomienia, którego całkowity czas stosowania wynosił 24 godz. i 30 minut. W Zawiadomieniach zwykle brakowało oceny lekarza zatwierdzającego zastosowanie przymusu bezpośredniego i jego podpisu, wymaganego obok podpisu zlecającego przymus i kierownika podmiotu leczniczego.

Dokonano również analizy 19 Kart zastosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia w 2019 r. w Oddziale XXII. W 12 przypadkach unieruchomienie stosowano krócej niż 24 godz., w 7 przypadkach czas jego stosowania wynosił powyżej 24 godz., w tym w trzech przypadkach czas unieruchomienia był bardzo długi: 41, 45 i 53 godz. W zdecydowanej większości Kart brakowało informacji o zatwierdzeniu przymusu bezpośredniego. Stwierdzono przypadek dokumentowania stosowania przymusu bezpośredniego z wykorzystaniem nieaktualnego wzoru Karty zastosowania unieruchomienia lub izolacji – w 2019 r. obowiązywał już wzór Karty zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby przebywającej w szpitalu psychiatrycznym, innym zakładzie leczniczym albo w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, będący załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r., które weszło w życie z dniem 31 grudnia 2018 r.

W Oddziale XXII przeprowadzono rozmowę z dwoma pacjentami, wobec których stosowano przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia. Pierwszy rozmówca nie pamiętał zdarzenia i nie był w stanie udzielić odpowiedzi na zadawane mu pytania. Drugi pacjent (sprawca przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, wobec którego orzeczono środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zakładzie

psychiatrycznym) dobrze przypominał sobie okoliczności stosowania wobec niego unieruchomienia. Z jego relacji wynika, że przyczyną zastosowania przymusu był jego wpis na Facebooku, o treści cyt.: „mam dość swojego życia”. Został poproszony o przyjscie do „izolatki”. Poprosił o lek od bólu głowy, ale pielęgniarka odmówiła wydania, twierdząc, że jest uśmiechnięty, co oznacza, że nie doznaje żadnych dolegliwości. Lekarz zapytał jak się czuje. Pacjent twierdził, że nie był pobudzony, nie werbalizował myśli samobójczych, nikt też nie rozmawiał z nim o ewentualnych zamiarach suicydalnych. Dwóch pracowników (salowi) w obecności pielęgniarki zapięło go w pasy. Nie stawiał oporu. Nie zmieniono mu odzieży (pozostał w swoim ubraniu). Lekarz nie poinformował go, kto zdecydował o zastosowaniu przymusu i z jakiej przyczyny. Przymus stosowano przez 3 dni. Pielęgniarka systematycznie sprawowała kontrolę, często sprawdzała zapięcia. Pacjent był doprowadzany do toalety na każde żądanie, uwalniany na czas spożywania posiłków. Miał do dyspozycji środki higieny osobistej. W porze nocnej przykrywano go kocem. Po zakończeniu stosowania przymusu nikt z nim nie rozmawiał o zdarzeniu. Na trzy miesiące odebrano mu laptopa, telefon komórkowy, część odzieży prywatnej oraz materiały służące do origami. Nie złożył skargi.

W Karcie zastosowania przymusu bezpośredniego wobec ww. pacjenta wskazano, że przyczyną zastosowania przymusu w postaci unieruchomienia było składanie deklaracji samobójczych na portalu społecznościowym, o czym personel został powiadomiony przez Policję. Pacjenta unieruchomiono w dniu 1.07.2019 r. Karta nie zawiera wymaganych informacji: w pkt. 1 nie wskazano osoby zlecającej zastosowanie przymusu bezpośredniego oraz nie ma jej podpisu (imię i nazwisko oraz stanowisko), a w pkt 3 nie zawarto żadnej informacji o zatwierdzeniu przymusu bezpośredniego ani żadnych danych osobowych osoby zatwierdzającej stosowanie przymusu. Wizytującym nie przekazano kopii tej części karty, w której powinny być zawarte informacje o czasie stosowania przymusu (pkt 5), opis przebiegu stosowania przymusu (pkt 6), dane osoby podejmującej decyzję o zaprzestaniu stosowania przymusu (pkt 7) oraz potwierdzenie przekazania dokumentacji do oceny zasadności stosowania przymusu (pkt 8). Należy bezwzględnie podnieść, iż nierzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej jest pogwałceniem praw pacjenta.

Z zawiadomienia o stosowaniu środka przymusu wynika, że unieruchomienie wobec ww. pacjenta stosowano do godz. 13.15 w dniu 3.07.2019 r. – czyli przez ponad 41 godz.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami unieruchomienie może trwać do czterech godzin. Następnie pacjent powinien być zbadany, po czym lekarz może w razie potrzeby podjąć decyzję o przedłużeniu stosowania przymusu na dalsze dwa okresy nie dłuższe niż 6-godzinne. Decyzje te mogą być podjęte wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu pacjenta, a po 16 godzinach stosowania przymusu dodatkowo należy uzyskać opinię innego lekarza psychiatry. W dokumentacji dostarczonej wizytującym brak jest jednak

jakichkolwiek zapisów wskazujących na uzyskanie opinii innego lekarza psychiatry, gdy istniał taki obowiązek.

Wątpliwości budzą również wskazane przez lekarza przesłanki do dalszego stosowania przymusu - cyt.: „ryzyko próby S”. Lekarz nie sformułował oceny, która świadczyłaby o utrzymywaniu się u pacjenta zaburzeń psychicznych oraz nie wskazał zachowania, które wyczerpałoby podstawy jego stosowania. Istnieją też wątpliwości, czy myśli samobójcze same w sobie są podstawą do zastosowania przymusu bezpośredniego. W intencji ustawodawcy kryterium pozwalającym na zastosowanie przymusu bezpośredniego jest dokonanie przez pacjenta choć jednego czynu, który został określony w art. 18 ust 1 pkt 1. 2 lub 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Zatem samo podejrzenie możliwości podjęcia przez pacjenta zachowań autoagresywnych, gdy jego stan psychiczny nie daje podstaw do oceny, że istnieje realna groźba spełnienia deklaracji, nie uzasadnia zastosowania przymusu. Wydaje się, że personel Szpitala dysponuje środkami, które pozwalają przeciwdziałać negatywnym zachowaniom. Dokonując wyboru rodzaju i metod postępowania leczniczego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi, lekarz kierować się powinien nie tylko dążeniem do osiągnięcia celów zdrowotnych, ale także brać pod uwagę interesy i inne dobra osobiste pacjenta. Dlatego też zastosowanie przymusu bezpośredniego powinno być ostatecznością, gdy wyczerpano możliwości innych działań. Można sądzić, że w omawianym przypadku zabezpieczenie przed niepożądanym zachowaniem można było osiągnąć w inny sposób, np. objąć pacjenta zintensyfikowanymi oddziaływaniami przez psychologa, terapeutę oraz umieścić w pomieszczeniu monitorowanym, gdzie zachowanie podlega stałej kontroli.

Po zastosowaniu unieruchomienia, pacjenta należy traktować jako wymagającego intensywnego nadzoru medycznego. Pielęgniarka jest zobowiązana prowadzić ścisłą kontrolę parametrów życiowych pacjenta, oceniać stan jego świadomości, a wszystkie wyniki obserwacji odnotowywać w „Karcie zastosowania unieruchomienia”. W tym celu stosuje się obserwację w przedziałach czasowych, co 15 minut, także w czasie snu pacjenta. Pielęgniarka sprawdza stan skóry w okolicy pasów unieruchamiających, aby w razie potrzeby je rozluźnić lub zapiąć inaczej. Z zapisów dokonanych w „Karcie zastosowania unieruchomienia” wynika, że stan fizyczny ww. pacjenta był kontrolowany z zachowaniem określonego w rozporządzeniu czasu. Pielęgniarka zapewniała mu również krótkotrwale częściowe lub całkowite uwolnienia od unieruchomienia w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej niż co 4 godziny. Pacjent otrzymywał też płyny i posiłki.

Wątpliwości budzą wskazane przez lekarza przesłanki do dalszego stosowania przymusu. Lekarz nie sformułował oceny, która świadczyłaby o utrzymywaniu się u pacjenta zaburzeń psychicznych a opis zachowania pacjenta (np. bezkrytyczny, negatywnie

nastawiony do personelu, sygnalizuje myśli rezygnacyjne) nie wyczerpują podstawy stosowania przymusu przez tak długi okres. Przypadki tak długo trwających unieruchomień budzą poważne wątpliwości, zwłaszcza w kontekście braku dostatecznego uzasadnienia decyzji o przedłużeniu stosowania przymusu. Warto podkreślić, iż Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) wskazał, że stosowanie środków przymusu u pacjentów w ośrodkach psychiatrycznych przez okres dłuższy od jednego dnia nie ma żadnego uzasadnienia terapeutycznego i oznacza złe traktowanie (paragraf 48 CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2003).

Ww. pacjent twierdził, że nikt z zespołu terapeutycznego (lekarz prowadzący, psycholog, terapeuta) nie poprosił go na rozmowę, nie zainteresował się jego stanem psychicznym po zakończeniu stosowania przymusu. Stosowanie przymusu bezpośredniego może wywołać uboczne skutki psychiczne, dlatego też – w ocenie wizytujących - po zakończeniu jego stosowania pacjent powinien być objęty zintensyfikowaną pomocą psychologiczną i terapeutyczną.

Z otrzymanych przez pracowników Biura RPO informacji wynika, że stosowanie przymusu bezpośredniego kontrolował, na bieżąco podczas wykonywania swoich czynności w Oddziałach, Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Personel Szpitala nie posiada jednak sprawozdań z tych czynności.

Wizytujący zapoznali się natomiast ze sprawozdaniem z kontroli przeprowadzonej przez sędziego Sądu Rejonowego w Starogardzie Gdańskim w dniach 8-11.01.2019 r. Kontrolą objęto m.in. prawidłowość prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej zastosowania przymusu bezpośredniego lub rejestru przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego (w całym Szpitalu). W trakcie kontroli przejrzano losowo wybraną dokumentację pacjentów, wobec których zastosowano w 2018 r. przymus bezpośredni. Sędzia stwierdził, że dokumentacja dotycząca zastosowania przymusu bezpośredniego jest czytelna, kompletna i odpowiada wzorom przewidzianym w obowiązujących przepisach prawa. W aktach znajdują się m.in. cyt.: „podpisane przez lekarzy decyzje o zastosowaniu przymusu bezpośredniego z podaniem jego rodzaju (przeważnie paski), uprzedzenia pacjenta o możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego, podpisy dyrektora Szpitala zatwierdzającego zastosowanie przymusu bezpośredniego, karty zastosowania przymusu, oceny stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi. Kontrola nie ujawniła istotnych niedociągnięć”.

W ocenie przedstawicieli Rzecznika wyniki badania prawidłowości stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjenta D.G. (analizowany przypadek) dają podstawę do przedstawienia kilku wniosków:

1/ Zapisy w dokumentacji rodzą poważne wątpliwości, czy były spełnione wszystkie ustawowe przesłanki zastosowania przymusu bezpośredniego. Za wątpliwe należy uznać

również podstawy do wydawania decyzji o przedłużeniu stosowania unieruchomienia. Stosowanie wobec pacjenta przymusu bezpośredniego stanowi zawsze ingerencję w wiele podstawowych praw człowieka, dlatego nie może budzić żadnych wątpliwości co do legalności podejmowanych działań.

2/ Nie została realizowana dyrektywa zawarta w art. 18 ust. 8 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, która stanowi, że przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby.

W Oddziałach stosuje się prawie wyłącznie jeden rodzaj przymusu bezpośredniego – unieruchomienie. Cel powyższej regulacji i bezpośredni charakter przymusu wykluczają takie oddziaływania, których restrykcyjność i czas stosowania wykracza poza niezbędny i minimalny przedział czasowy związany z zapewnieniem ochrony życia i zdrowia pacjenta.

3/ Lekarz podejmując kolejne decyzje o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego nie posiłkował się opinią innego lekarza będącego lekarzem psychiatrą. Postępując tak, lekarz nie zrealizował dyspozycji art. 18a pkt 10 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Przepis ten stanowi, iż przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na każdy z kolejnych okresów, o których mowa w ust. 8 i 9, wymaga uzyskania opinii innego lekarza będącego lekarzem psychiatrą.

Analiza udostępnionej dokumentacji, dotyczącej stosowania unieruchomienia w Oddziałów XXII i XXIV, pozwoliła stwierdzić, że zdecydowana większość Kart nie zawiera zapisów, które świadczyłyby, iż zasada określona w art. 18a pkt 10 ustawy była realizowana. Tym samym decyzje, o których mowa, podejmowane były przez lekarzy z naruszeniem prawa.

4/ Dokumentacja dotycząca stosowania przymusu bezpośredniego jest nierzetelna. Rzetelne prowadzenie dokumentacji jest obowiązkiem każdego podmiotu udzielającego świadczeń medycznych, czym pośrednio realizowany jest obowiązek ochrony życia i zdrowia pacjentów.

5/ Powyższe wskazuje, że w tym przypadku brak było dostatecznej kontroli stosowania przymusu bezpośredniego ze strony Dyrektora Szpitala. Rzetelna i systematyczna kontrola jest natomiast gwarancją praworządności i zgodności z konstytucyjnymi standardami stosowania przymusu bezpośredniego.

6/ Bezpośrednio po zakończeniu stosowania przymusu bezpośredniego pacjentowi, który doświadczał zaburzeń psychicznych zapewnia się wszechstronną pomoc psychologiczną, psychiatryczną i terapeutyczną. W badanym przypadku takich działań nie podjęto.

16. Analiza regulaminu Oddziału Psychiatrii Sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu (nr XXIV)⁸

Niektóre zapisy regulaminu budzą wątpliwości.

1/ Punkt 11 regulaminu stanowi, iż „Ze względów bezpieczeństwa personel ma prawo dokonywać kontroli rzeczy osobistych pacjenta w obecności pacjenta, a za jego zgodą także przedstawiciela samorządu pacjentów. Z tych samych względów kontroli podlegają również pomieszczenia, w których pacjent przebywa. Kontrola odbywa się za zgodą i wiedzą lekarza w obecności pacjenta (a za jego zgodą także w obecności przedstawiciela samorządu)”. Wizytujący zwrócili uwagę na fakt, iż kontrola rzeczy osobistych pacjenta - za jego zgodą - może odbywać się w obecności przedstawiciela samorządu pacjentów. Zastanawiający jest bowiem cel, dla którego w trakcie dokonywania kontroli miałyby być obecna osoba postronna, którą staje się przedstawiciel samorządu pacjentów.

2/ W trakcie rozmowy z personelem oddziału uzyskano informację, iż pacjenci dysponują swoimi środkami finansowymi bez ograniczeń, natomiast pkt 13 regulaminu stanowi, że „Pacjent ma prawo do korzystania z funduszy zebranych na swym koncie depozytowym lub koncie osobistym w kwocie uzgodnionej z kierownikiem oddziału lub jego zastępcą”. Powyższy zapis sugeruje zatem, że wysokość środków finansowych, którymi pacjent może dysponować jest zależna od decyzji Kierownika Oddziału lub jego Zastępcy. Powstała niespójność została jednak omówiona z kierownikiem Oddziału podczas rozmowy uzupełniającej, w trakcie której ustalono, iż omawiany zapis regulaminu dotyczy ograniczeń w korzystaniu przez pacjentów ze środków finansowych jedynie w formie gotówkowej. Należy więc doprecyzować w tym zakresie brzmienie przedmiotowego zapisu.

3/ Załącznik nr 2 do regulaminu Oddziału reguluje zasady kontaktów telefonicznych i korespondencyjnych. Z analizy przedmiotowych zapisów wynika, że korespondencja prowadzona przez wszystkich pacjentów odbywa się na koszt pacjenta. Z przekazanych przez personel informacji wynika jednak, że w przypadku gdy pacjenci nie dysponują środkami finansowymi jest możliwość, by otrzymali pomoc od administracji Szpitala. Wobec powyższego istotne jest, by taką informację umieścić w regulaminie Oddziału. W ocenie wizytujących, pacjenci nieposiadający środków finansowych, a wyrażający chęć wysłania korespondencji do organów państwowych, czy też do rodziny, powinni otrzymać papier, kopertę oraz znaczek w ilości ustalonej przez administrację Szpitala.

4/ Załącznik nr 3 do regulaminu Oddziału określa kwestie związane z realizacją widzeń. W punkcie 3 widnieje informacja, że pacjenta mogą odwiedzać jednocześnie nie więcej niż 2 osoby dorosłe, a odwiedziny trwają do 120 min (pkt 6). Zapisy te są sprzeczne

⁸ Załącznik nr 3 do zarządzenia Dyrektora Szpitala nr 23/2018 z dnia 23 marca 2018 r.

z przekazaną informacją o nielimitowaniu liczby osób odwiedzających i czasu trwania odwiedzin. Kierownik Oddziału wskazał, że omawiane zapisy nie mają odzwierciedlenia w praktyce. W związku z powyższym istnieje potrzeba dokonania ich zmiany.

5/ W załączniku nr 4 do regulaminu został opisany sposób realizacji spaceru. Punkt 1 określa, iż „Wyjścia na spacer odbywają się codziennie, chyba że szczególne względy organizacyjne, bezpieczeństwa lub warunki atmosferyczne uniemożliwiają ich organizację”. Przedstawiciele Rzecznika zauważają, że zapis ten daje dużą dowolność oceny, co może powodować, że realizacja spacerów będzie podlegać nadmiernym ograniczeniom. Z dokonanych ustaleń wynika ponadto, że spacer nie jest organizowany w weekendy z uwagi na brak personelu, który jest odpowiedzialny za sprawowanie nadzoru w trakcie jego trwania. Takiego stanu, w ocenie wizytujących, nie można uznać chociażby za szczególne względy organizacyjne, gdyż jest to stały problem braku kadry, a nie nagła sytuacja, która jednorazowo danego dnia uniemożliwi organizację spaceru. W związku z powyższym wizytujący podkreślają, że mając na uwadze respektowanie praw pacjentów administracja Szpitala powinna zadbać o organizację spaceru również w trakcie weekendu.

Wątpliwości wizytujących wzbudził także zapis stanowiący, iż „W razie naruszenia przez pacjentów ustalonego sposobu odbywania spaceru zostanie on zakończony dla wszystkich pacjentów”. Powyższa regulacja sugeruje o obowiązywaniu zasady zbiorowej odpowiedzialności.

17. Analiza regulaminu Oddziału Psychiatrii Sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu (Oddział nr XXII) – dla pacjentów, wobec których orzeczono środek zapobiegawczy tymczasowego aresztowania⁹

Wizytujący dostrzegają następujące nieprawidłowości:

1/ Zapis § 3 pkt 1 regulaminu stanowi, że „Pacjent przyjmowany do oddziału informowany jest o zasadach wykonywania orzeczonego środka zabezpieczającego...”. Wskazać bowiem należy, że regulamin dotyczy pacjentów, wobec których orzeczono środek zapobiegawczy w postaci tymczasowego aresztowania.

2/ Niejednoznaczny wydaje się być zapis § 4.1 pkt 8 regulaminu: „Pacjent ma prawo do poszanowania prywatności z ograniczeniami wynikającymi ze specyfiki oddziału”.

3/ W zasadach dotyczących realizacji spaceru (Załącznik nr 4) wskazano, iż „...Spaceru mogą się nie odbyć tylko w szczególnych przypadkach, gdy względy organizacyjne, bezpieczeństwa oddziału lub warunki atmosferyczne uniemożliwiają ich organizację” (pkt 2). Zawarto również informację, że „W razie naruszenia przez pacjentów

⁹ Załącznik nr 2 do zarządzenia Dyrektora Szpitala nr 37/2017 z dnia 8 sierpnia 2017 r.

ustalonego sposobu odbywania się spaceru zostaje on zakończony dla wszystkich pacjentów” (pkt 9). Przedstawiciele Rzecznika ponownie twierdzą, iż administracja Szpitala powinna dołożyć wszelkich starań, by zadbać o realizację uprawnienia pacjenta do codziennego przebywania na świeżym powietrzu. Należy także usunąć zapisy sugerujące odpowiedzialność zbiorową.

18. Analiza regulaminu Oddziału Psychiatrii Sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu (Oddział nr XXII) – dla pacjentów niemających statusu prawnego osób tymczasowo aresztowanych¹⁰

1/ Załącznik nr 1 do regulaminu Oddziału, regulujący m.in. kwestię prowadzenia przez pacjentów korespondencji (pkt 2) stanowi, że internowani nie mają możliwości otrzymania od administracji Szpitala niezbędnych artykułów do prowadzenia korespondencji z rodziną i osobami bliskimi. Mając na uwadze przywołaną wcześniej argumentację, przedstawiciele Rzecznika zalecają, by w regulaminie uwzględnić zapisy dotyczące uzyskania ewentualnego wsparcia przez pacjenta, który mimo braku środków finansowych, wyraża chęć nawiązania kontaktu z bliskimi za pomocą korespondencji.

2/ Zgodnie z pkt 7 Załącznika nr 1 regulaminu „Czas trwania rozmów telefonicznych prowadzonych z aparatu służbowego nie powinien przekraczać 15 min”. Zakładając, że pacjenci będą mieli potrzebę skorzystania z telefonu służbowego celem nawiązania połączenia z obrońcą albo pełnomocnikiem zaleca się, aby uwzględnić informację, iż rozmowa telefoniczna z obrońcą nie podlega reglamentacji czasowej.

3/ Załącznik nr 4 określający zasady realizacji spacerów zawiera tożsame punkty (2 i 9), które zostały zanegowane w regulaminie dla pacjentów, wobec których orzeczono środek zapobiegawczy tymczasowego aresztowania.

19. Rekrutacja i stan liczebny pracowników

W ocenie osób kierujących Szpitalem występują trudności z rekrutacją niezbędnego personelu, szczególnie w grupie zawodowej lekarzy, pielęgniarek, specjalistów (w tym terapeutów uzależnień) i personelu pomocniczego (salowych). Podejmowane są działania zaradcze, takie jak systematyczne ogłaszanie postępowań konkursowych na stanowiska lekarzy i pielęgniarek oraz ogłoszeń o poszukiwaniu kandydatów do pracy na stanowiska specjalistów psychoterapii uzależnień. Przedstawiciele Szpitala prezentują ofertę rekrutacyjną na targach pracy organizowanych przez Powiatowy Urząd pracy w Starogardzie Gdańskim oraz Gdański Uniwersytet Medyczny. Stała współpraca zachodzi

¹⁰ Załącznik nr 1 do zarządzenia Dyrektora Szpitala nr 37/2017 z dnia 8 sierpnia 2017 r.

także pomiędzy Szpitalem a Powiatowym Urzędem Pracy w Starogardzie Gdańskim w zakresie pozyskiwania osób na staże (stanowiska pomocnicze).

Powyższe działania nie przynoszą w ocenie kadry kierowniczej oczekiwanych rezultatów i wciąż utrzymują się trudności kadrowe. Często jest także rotacja pracowników, głównie w grupie personelu pielęgniarskiego, ratowników medycznych oraz personelu pomocniczego (salowych), co determinowane jest przede wszystkim niskim wynagrodzeniem oraz istnieniem konkurencyjnych ofert pracy na lokalnym rynku. Według stanu na dzień kontroli stan liczebny personelu zatrudnionego w Oddziałach o wzmocnionym zabezpieczeniu wynosił:

W Oddziale XXIV:

Stanowisko	Wymiar etatu
Lekarz psychiatra	4,1
Psychoterapeuta	1,75
Psycholog	2
Terapeuta zajęciowy	1
Specjalista terapii uzależnień	1
Młodszy asystent wychowania fizycznego	0,3
Pielęgniarka	13,27 (w porze nocnej dwóch pielęgniarzy)
Sekretarka medyczna	1
Personel pomocniczy (salowi, sanitariusze)	33,33 (w porze nocnej sześciu salowych)

W Oddziale XXII:

Stanowisko	Wymiar etatu
Lekarz psychiatra	2,1
Lekarz seksuolog	0,04
Psychoterapeuta	1
Psycholog	1,5
Terapeuta zajęciowy	1,25

Młodszy asystent wychowania fizycznego	0,2
Pielęgniarka	13,19 (w porze nocnej dwóch pielęgniarzy)
Sekretarka medyczna	1
Personel pomocniczy (salowi, sanitariusze)	28,25 (w porze nocnej pięciu salowych)

20. Szkolenia i superwizja personelu

Analizując w czasie wizytacji informacje na temat szkoleń i superwizji personelu (analizie poddano okres 2018-2019 r.) dążono do ustalenia, czy prowadzona jest diagnoza potrzeb szkoleniowych personelu i czy oferta zrealizowanych w ostatnich latach szkoleń odpowiada na zdiagnozowane potrzeby. Istotnym z punktu widzenia zapobiegania niewłaściwemu traktowaniu pacjentów oraz dbałości o ich bezpieczeństwo osobiste było także ustalenie, czy personel przechodził szkolenia w zakresie protokołu stambulskiego, właściwego stosowania przymusu bezpośredniego oraz udzielania pomocy przedmedycznej. Badano także czy praca personelu poddawana jest regularnej superwizji.

Z przedstawionej wizytującym tematyki szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych wynika, że pracownicy powszechnie szkoleni są w zakresie właściwego stosowania przymusu bezpośredniego i resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Mają miejsca także inne szkolenia sprzyjające dbaniu o właściwe relacje z pacjentami czy poszanowaniu ich praw. W analizowanym okresie nie odnotowano szkoleń w zakresie protokołu stambulskiego.

W latach 2018-2019 pracownicy Oddziałów wzięli udział w następujących szkoleniach zewnętrznych (w nawiasach wskazano grupy zawodowe pracowników biorące udział w szkoleniach):

1. Stosowanie przymusu bezpośredniego (personel pomocniczy).
2. Wyzwania w pracy na oddziale psychiatrycznym - rozwiązywanie trudnych sytuacji (terapeuci zajęciowi).
3. Warsztaty „Rozwój społeczny, zaufanie, wrażliwość” (terapeuci zajęciowi).
4. Zasady udzielania pierwszej pomocy BLS (lekarze, psychologzy, terapeuci zajęciowi, pielęgniarki, personel pomocniczy).
5. Techniki motywacji - jak motywować siebie i innych (terapeuci zajęciowi).
6. Asertywne mechanizmy interpersonalnej komunikacji w zespole terapii oraz z podopiecznymi (terapeuci zajęciowi).

7. Etyka w praktyce działań szpitala psychiatrycznego (psycholodzy, psychoterapeuci, pielęgniarki, terapeuci zajęciowi).

8. Zgoda na leczenie (lekarze).

9. Szkoda na osobie pacjenta. Śmierć pacjenta (lekarze).

W analizowanym okresie zorganizowano również szereg szkoleń wewnętrznych dla pracowników poszczególnych Oddziałów. Tematyka szkoleń obejmowała:

Dla Oddziału XXII:

1. Karta praw pacjenta.

2. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (zasady stosowania przymusu bezpośredniego, dokonywanie oceny zasadności zabezpieczenia, zasady dokumentowania stosowania, przymusu, prawne aspekty stosowania przymusu bezpośredniego).

3. Przepisy z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy.

4. Regulamin Oddziału XXII.

5. Zasady postępowania w sytuacji wystąpienia zdarzeń nadzwyczajnych.

6. Przypomnienie i omówienie zasad udzielania informacji w oparciu o ustawę o ochronie danych osobowych.

7. Zasady współpracy pomiędzy pracownikami - relacje interpersonalne w oddziale, współpraca pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnym i grupami zawodowymi.

8. Przypomnienie i omówienie procedur laboratoryjnych.

9. Przypomnienie i omówienie procedur farmaceutycznych.

10. Motywowanie do dalszego podnoszenia kwalifikacji, omówienie bieżących spraw oddziału.

Dla Oddziału XXIV:

1. Przypomnienie pracownikom zasad BHP obowiązujących w pracy w szpitalu.

2. Procesy pielęgnowania w codziennej praktyce pielęgniarskiej z uwzględnieniem zmieniających się tendencji globalnych.

3. Szkolenie dotyczące praw pacjenta w świetle przepisów.

4. Ustawa o rzeczniku praw pacjenta.

5. Zasady pracy w gabinecie zabiegowym, utrwalanie zasad postępowania z nosicielami, badania ekg.
6. Dokumentacja medyczna w chwili przyjęcia pacjenta na oddział.
7. Komunikacja i kultura pracy w zespole.
8. Przypomnienie pracownikom zasad postępowania w stanach nagłego zagrożenia życia zgodnie z procedurą 2.2.0P-1 w oparciu o standard BLS.
9. Zasady stosowania przymusu bezpośredniego i jego dokumentowania zgodnie z procedurą.
10. Przypomnienie i przeszkolenie pracowników w przypadku stwierdzenia zgonu pacjenta.
11. Ocena i podsumowanie skuteczności prowadzonych szkoleń, stopień realizacji zadań, ocena jakości pracy zespołu.
12. Przypomnienie o podstawowym zakresie obowiązków pracowników na określonych odcinkach pracy.

Z deklaracji Kierownika Działu Zarządzania Zasobami Ludzkimi wynika, że proponowana pracownikom oferta szkoleń wynika zarówno z przepisów prawa (np. BHP), założeń ogólnoszpitalnych, obejmujących podniesienie kompetencji wszystkich pracowników w danym zakresie (np. resuscytacji krążeniowo-oddechowej czy higieny i prewencji zakażeń szpitalnych), jak i jest tworzona w oparciu o coroczną diagnozę potrzeb szkoleniowych, na podstawie której określone zostają na dany rok potrzeby edukacyjne personelu w sposób bardziej zindywidualizowany. Pracownicy, z którymi prowadzono wywiady potwierdzali, że mają możliwość zaproponowania formy doskonalenia zawodowego, w której chcieliby wziąć udział, są one jednak weryfikowane później m.in. przez możliwości finansowe Szpitala. Także doświadczane trudności kadrowe nie pozwalają zawsze uczestniczyć we wszystkich pożądanym szkoleniach zewnętrznych, ponieważ trudno jest na dany dzień zapewnić zastępstwo. Pracownicy podkreślali jednak, że w ich miejscu pracy panuje atmosfera sprzyjająca doskonaleniu zawodowemu.

Opisując ofertę doskonalenia wskazano na następującą tematykę szkoleń stanowiącą odpowiedź na zadania stojące przed poszczególnymi grupami personelu:

Psycholodzy – uczestniczenie w szkoleniach krótkoterminowych niezbędnych dla realizacji zadań (np. testy diagnostyczne), w konferencjach tematycznych, np. Ogólnopolska Konferencja Oddziałów Psychiatrii Sądowej organizowana przez Polskie Towarzystwo Psychiatrii Sądowej, kierowanie psychologów i pedagogów ubiegających się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty do uczestniczenia w superwizji grupowej oraz indywidualnej.

Pielęgniarki – kierowanie na specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, udział w konferencjach tematycznych np. opieki długoterminowej, leczenia zaburzeń osobowości, kierowanie na szkolenie w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego.

Terapeuci zajęciowi – kierowanie na szkolenia z zakresu metod i technik terapii zajęciowej, integracji zespołu.

Opiekunowie, sanitariusze, salowi – kierowanie na szkolenia prowadzone w formie warsztatów dotyczące stresu, radzenia sobie w sytuacjach trudnych, stosowania przymusu bezpośredniego.

Specjaliści terapii uzależnień – aktualizowanie wiedzy w zakresie terapii uzależnień poprzez udział w warsztatach z tematyki uzależnień.

Diagności laboratoryjni – szkolenia prezentujące nowe osiągnięcia w zakresie diagnostyki laboratoryjnej wynikające z przepisów ustawy o diagnostyce laboratoryjnej.

Pracownicy administracji i obsługi – kierowanie na kursy doszkalające bądź studia podyplomowe oraz szkolenia krótkoterminowe w zakresie obowiązujących na danych stanowiskach przepisów prawa.

Obok rozpoznania oferty szkoleniowej ustalono, że praca personelu terapeutycznego poddawana jest regularnej superwizji – w formie grupowej i indywidualnej. Dla grupy psychoterapeutów superwizja grupowa prowadzona jest z udziałem specjalisty zewnętrznego – certyfikowanego psychoterapeuty i superwizora psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Superwizje odbywają się cztery do sześciu razy w roku, każda sesja trwa 3 godziny.

Psychoterapeuci podlegają też superwizji indywidualnej z udziałem zewnętrznego certyfikowanego psychoterapeuty i superwizora – sesje superwizji indywidualnej odbywają się raz w miesiącu. W Szpitalu zatrudniony jest także certyfikowany psychoterapeuta i superwizor psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, prowadzący z psychoterapeutami wewnętrzne superwizje indywidualne, które również odbywają się raz w miesiącu.

Część personelu medycznego (z Oddziału VI leczenia zaburzeń osobowości i nerwic, Oddziału XIIA psychiatrycznego dla młodzieży, Oddziału XX terapii uzależnienia od alkoholu) również uczestniczy w superwizji pracy Oddziału, prowadzonej przez doświadczonego certyfikowanego psychoterapeutę.

21. Opis oferty terapeutycznej

Oferta terapeutyczna wizytowanych Oddziałów różni się od siebie ze względu na specyficzne potrzeby umieszczonych w nich pacjentów. Oddział XXIV zajmuje się diagnostyką i leczeniem osób z różnymi zaburzeniami psychicznymi, wobec których wykonywany jest środek zabezpieczający wymagających wzmocnionego zabezpieczenia. W Oddziale XXII przebywają osoby tymczasowo aresztowane – wobec których prowadzi się obserwację, a oferta terapeutyczna jest ograniczona głównie do farmakoterapii i codziennych aktywności takich jak spacer, prasa, elementy biblioterapii czy terapii zajęciowej – oraz pacjenci z zaburzeniami preferencji seksualnych, wymagający odrębnych oddziaływań niż pozostałe grupy pacjentów.

Oferta terapeutyczna Oddziału XXII w zakresie, w jakim dotyczy pacjentów z zaburzeniami preferencji seksualnych była przedmiotem analizy przeprowadzonej przez dr hab. med. Michała Lwa-Starowicza i dr Filipa Szumskiego w roku 2017, w związku z czynnościami prowadzonymi w Szpitalu przez Krajowy Mechanizm Prewencji. Sformułowana została wówczas ekspertyza z dnia 6 kwietnia 2017 r. z zakresu medycyny (psychiatrii i seksuologii) i psychologii dotyczącej oddziaływań prowadzonych w Oddziale XXII wobec internowanych pacjentów z zaburzeniami preferencji seksualnych. Ekspertyza przesłana została Dyrektorowi Szpitala. Podczas aktualnej wizytacji poproszono Dyrektora Szpitala o pisemne odniesienie się do zapisów ekspertyzy, jednakże do dnia formułowania niniejszego raportu odpowiedź taka nie wpłynęła do Biura RPO.

Wobec powyższego za cel wizytacji w odniesieniu do oferty terapeutycznej przyjęto głównie rozpoznanie czy pacjentom zapewnia się dostęp do różnych form terapii, w jaki sposób pacjent może pozyskać informacje na temat oferty terapeutycznej, a następnie na temat postępów swojego leczenia, w jaki sposób proceduje się w związku z wydawaniem okresowej opinii o stanie zdrowia sprawcy, o której mowa w art. 203 k.k.w. i czy pacjent jest informowany o treści tej opinii, a także czy powszechne jest uczestnictwo pacjentów w posiedzeniu sądu w przedmiocie dalszego stosowania pobytu w zakładzie psychiatrycznym, w myśl art. 204 § 2a k.k.w. Skupiono się tym samym na przeanalizowaniu w jaki sposób prowadzi się postępowanie z pacjentami Oddziału XXIV.

Z zebranych informacji wynika, że pacjenci do Oddziału trafiają po pierwszym badaniu na izbie przyjęć, gdzie wstępnie są informowani o celu pobytu w Szpitalu i jego regulaminie. Przy przyjęciu do Oddziału otrzymują kopię regulaminu Szpitala i karty praw pacjenta. Pacjenci nie otrzymują natomiast regulaminu samego Oddziału, do którego są przyjmowani. Przy przyjęciu do Oddziału pacjent zapoznawany jest także z kartą zawierającą wykaz zajęć oferowanych w Oddziale, np. biblioterapii, arteterapii, zajęć sportowych. To dobra i cenna praktyka. Zwrócić uwagę należy jednak na fakt, iż w karcie zawarta jest informacja, iż jednym z elementów ergoterapii są prace porządkowe wewnątrz i

wokół Oddziału. Z wywiadu przeprowadzonego z przedstawicielami kadry kierowniczej Oddziału wynika, że prace takie nie są dozwolone i pacjenci ich nie wykonują. Tym samym lepiej, aby zapisy takie zostały usunięte z karty, a jeżeli ich intencją było zaznaczenie, np. że pacjenci porządkują swoje stanowisko pracy po zakończonych warsztatach terapii zajęciowej – zmianie powinien ulec zapis w karcie, aby wprost odnosił się do zakresu prac wykonywanych przez pacjentów. W kartach zwraca uwagę także fakt, iż przewidują one jedynie miejsce na krótkie opisanie dominujących deficytów pacjenta i jego ograniczeń zdrowotnych – nie koncentrując się w żadnym stopniu na jego potencjałach i mocnych stronach. Przegląd pozostałej, szerszej dokumentacji, tworzonej w toku pobytu pacjenta w Oddziale udowadnia, że mocne strony osób poddawanych terapii też są diagnozowane. Istotnym jest zatem, aby taki sposób holistycznego myślenia o osobie pacjenta miał też odzwierciedlenie w karcie, która stanowi oficjalny załącznik do instrukcji dotyczącej zajęć rehabilitacyjnych wprowadzonej zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 31/2017 z dnia 29 czerwca 2017 r.

Pacjent w pierwszych dniach pobytu zostaje umieszczony w celi monitorowanej, gdzie prowadzona jest obserwacja jego stanu, przeprowadzany jest także wywiad kliniczny, dobierana farmakoterapia. Osoba nowoprzyjęta jest szerzej zapoznawana z topografią Oddziału, planem dnia, dostępną ofertą zajęć i informowana o możliwości zgłoszenia się do lekarza czy psychologa. Następnie, gdy stan pacjenta już na to pozwala, najczęściej w pierwszej kolejności włączany jest w grupowe zajęcia psychoedukacji. W zależności od stawianego rozpoznania (rodzaju choroby, jej fazy, nasilenia objawów, odczuwanych pożądaných skutków działania leków itp.) pacjent motywowany jest do udziału w indywidualnie dobranych formach terapii, do których należą m.in. terapia grupowa, trening zastępowania agresji (ART), trening metapoznawczy (MCT), terapia uzależnień, grupa relaksacyjna, genogram, psychorysunek, filmoterapia, spotkania w mniejszych grupach z elementami treningu umiejętności społecznych, indywidualne spotkania z psychologiem i psychoterapia indywidualna (w pojedynczych przypadkach pacjentów). W ramach terapii zajęciowej organizowane są zajęcia sportowe i rekreacyjne (np. spacer, zajęcia ruchowe), arteterapia (np. rysunek, malarstwo, papieroplastyka, dekoratorstwo), ergoterapia (np. krawiectwo, dziewiarstwo, stolarstwo), ludoterapia (np. gry stolikowe, zajęcia kulturalno-oświatowe), zajęcia integracyjne i biblioterapia.

Zajęcia w przeważającej większości odbywają się w godzinach okołopołudniowych. Popołudniami i w weekendy brak jest wystarczającej oferty, co podkreślają pacjenci, jak również część personelu deklarująca, że wprowadzenie zmianowości w pracy personelu odpowiedzialnego za prowadzenie wyżej opisanych zajęć pozwoliłoby lepiej zagospodarować czas pacjentów i mogło przynieść pozytywne skutki terapeutyczne.

Opinia pacjentów o ofercie terapeutycznej była dobra, nie pojawiły się skargi w tym zakresie – poza powyższymi kwestiami dotyczącymi ergoterapii oraz braku oferty terapeutycznej czy rekreacyjnej po południu i w weekendy. Pojedyncze osoby zgłaszały ponadto, że kadra psychologiczna bądź pielęgniarze oddziałowi nie mają dla nich czasu, spotkania są zbyt krótkie, zdawkowe. Jeden pacjent twierdził, że informacje udzielane mu na temat przejawianego przez niego zaburzenia są dla niego niejasne, skąpe, nie zna on celu terapii ani czynności, które powinien podjąć, aby poprawić swoje funkcjonowanie. Kilkoro pacjentów formułowało jednak opinie bardzo pochlebne, wyrażało wdzięczność za opiekę jaką otrzymują i poprawę stanu zdrowia psychicznego, której doświadczają.

W zakresie dostępu do informacji o swoim stanie zdrowia ustalono, że pacjenci mogą uzyskać wgląd do swojej dokumentacji medycznej bądź jej kopię. Dokumentacja udostępniana jest na pisemny wniosek, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do Zarządzenia Dyrektora Szpitala nr 18/2019 z dnia 09 maja 2019 r. Informacje na ten temat są powszechnie dostępne na terenie szpitala, szczegółowo opisane również na stronie internetowej szpitala, w zakładce dla pacjenta¹¹ i nie odnotowano skarg w zakresie trudności w udostępnieniu dokumentacji medycznej pacjentom wizytowanych Oddziałów.

Za dokumentację medyczną nie jest uznawana okresowa opinia formułowana na potrzeby sądu zgodnie z art. 203 k.k.w. Tym samym, aby zapoznać się z jej treścią pacjenci wnioskować muszą do sądu o wgląd do akt sprawy. Z wywiadów z pacjentami wynika, że są oni o tym fakcie informowani przez personel Szpitala, jak również pouczeni przez sąd w tym zakresie. Jak ustalono w rozmowie z psychologiem zatrudnionym w Oddziale XXIV, pacjenci są ustnie informowani o treści opinii po jej sformułowaniu przez Zespół, tj. przedstawiana jest im konkluzja opinii o ewentualnej konieczności kontynuacji zastosowania środka zabezpieczającego w Oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu i przedstawiane są argumenty przemawiające za decyzją Zespołu – nie przekazuje się jednak całości opinii do wglądu.

W toku wizytacji pytano także, w jaki sposób proceduje się w związku z wydawaniem powyższej opinii, tj. okresowej opinii o stanie zdrowia sprawcy, o której mowa w art. 203 k.k.w. Ustalono, że opinia formułowana jest zespołowo. Każdy z członków Zespołu terapeutycznego pracujący z pacjentem, prowadzi dokumentację swojej pracy i przedstawia jej wnioski. Prowadzony jest też grupowy wywiad z pacjentem, w którym ocenia się m.in. jego wgląd, krytycyzm, stopień realizacji założonych w terapii celów, aktywne uczestnictwo w procesie terapeutycznym. Wizytujący pytali także czy w procesie terapeutycznym, a w szczególności przy formułowaniu opinii wykorzystuje się narzędzia do oceny ryzyka recydywy (risk assessment). Ustalono, że narzędzia są wykorzystywane, a jeden z psychologów klinicznych zatrudnionych w Oddziale XXIV

¹¹ <http://www.kocborowo.pl/dla-pacjentow/udostepienie-dokumentacji-medycznej.html>.

posiada bogate doświadczenie w zakresie profesjonalnego określania ryzyka powrotności do przestępstwa, będąc koordynatorem procesu tłumaczenia i implementacji polskiej wersji narzędzi HCR-20v3 i SAPROF. Ostateczną opinię formułują zazwyczaj trzy osoby, w tym lekarz prowadzący i psycholog, który na danym etapie terapii jest w najbliższym kontakcie z pacjentem, a także drugi lekarz dobrany stosownie do przejawianych przez pacjenta trudności. Opinia przekazywana jest do sądu, który korespondencyjnie zawiadamia pacjenta o terminie posiedzenia w przedmiocie dalszego stosowania pobytu sprawcy w zakładzie psychiatrycznym, w myśl art. 204 § 2a k.k.w.

22. Skargi aktualnie wpływające do Rzecznika Praw Obywatelskich

W okresie od lipca do października 2020 r. do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich wpłynęło 6 skarg pacjentów Oddziału XXII. To stosunkowo dużo, w porównaniu np. z rokiem 2018, w którym zarejestrowano 2 skargi skierowane ze Szpitala w Starogardzie Gdańskim a w roku 2019 była tylko 1 taka skarga.

Najczęściej podnoszone kwestie dotyczyły remontu Oddziału XXII. Z treści wniosków wynika, że wszyscy internowani zostali zakwaterowani w jednym pododdziale. Tym samym w pokojach trzyosobowych było zakwaterowanych pięciu internowanych. W konsekwencji brakowało przestrzeni do swobodnego poruszania się oraz miejsca na rzeczy pacjentów. W pokojach było duszno, a sytuację pogarszał brak możliwości stałego otwierania okien. Stan przeludnienia był bardzo dotkliwy, co negatywnie wpływało na atmosferę w Oddziale oraz proces leczenia.

Wnioskodawcy wskazywali również na trudne warunki higieniczno-sanitarne - na 19 internowanych przypadała jedna toaleta. Z dodatkowymi utrudnieniami zmagali się chorzy zakwaterowani w pokojach, w których nie było umywalk. Byli oni zmuszeni do korzystania z umywalk wspólnych, często zajętych, znajdujących się w łaźni.

Zastrzeżenia dotyczyły także organizacji życia codziennego. Szczególnie dotkliwe dla skarżących były decyzje o skróceniu spacerów do 30 minut, wbrew postanowieniom regulaminu Oddziału. Podnoszono również, że nie ma świetlicy i pacjenci, którzy nie posiadają swoich odbiorników telewizyjnych, są zmuszeni oglądać TV na korytarzu, gdzie usytuowano telewizor oddziałowy. Na tym tle dochodzić miało do nieporozumień między pacjentami.

Należy podnieść, iż remont Oddziału XXII był niezbędny, a stan zarówno pokoi pacjentów, powierzchni wspólnych oraz toalet i łaźni wymagał podjęcia pilnych działań w tym zakresie. Z uzyskanych dotychczas informacji wynika, że zakres prac remontowych był istotnie bardzo szeroki, m.in. osuszono i odnowiono łaźienki dla pacjentów, w części z nich dokonano wymiany glazury i gresów, wymieniono 16 okien, pomalowano ściany we

wszystkich pomieszczeniach na I piętrze oraz korytarzach a także na parterze prawe skrzydło z korytarzem oraz pomieszczenie rozdziału posiłków (kuchnia oddziałowa). Dokonano również kompleksowego remontu WC przy pokoju odwiedzin.

Niewątpliwie remont powodował trudności w organizacji życia szpitalnego, szczególnie, że trwał on kilka miesięcy a wszyscy internowani byli zgromadzeni na stosunkowo małej powierzchni. Należałoby się zastanowić, czy prace remontowe nie mogły być wykonane etapowo, tak aby zminimalizować dolegliwości z nimi związane. Trudno natomiast zaakceptować brak godnych warunków do zaspokajania potrzeb fizjologicznych i utrzymywania higieny osobistej przez okres wielu miesięcy.

Z informacji uzyskanych w dniu 15 października 2020 r. wynika, że prace remontowe w Oddziale zostały już zakończone.

Wnioskodawcy kwestionowali także zapisy regulaminu Oddziału XXII, stanowiącego Załącznik nr 1 do Zarządzenia Dyrektora Szpitala nr 23/2020 z dnia 10.08.2020 r. oraz załącznika nr 1 - zasady wysyłania i otrzymywania korespondencji, paczek, pieniędzy oraz zasady wykonywania rozmów telefonicznych. Przeprowadzona w Biurze RPO analiza ww. dokumentów dała podstawę do uznania, że tylko nieliczne zapisy budzą wątpliwości:

1/ § 7 pkt. 11 regulaminu stanowi, że „pacjentowi nie wolno korzystać z łóżek innych pacjentów”. Nieprecyzyjność zwrotu „korzystać” nasuwa pytanie jakich form zachowań dotyczy ten zakaz. Zapis ten winien być zmieniony tak, aby był jednoznaczny i nie prowadził do nieporozumień.

2/ Kwestie dotyczące braku możliwości wysyłania korespondencji do rodziny przez pacjentów nieposiadających środków finansowych zostały omówione w niniejszej notatce.

23. Wnioski

Wyniki przeprowadzonej wizytacji dają podstawę do sformułowania następujących zaleceń i rekomendacji.

Zaleca się:

1. Wyeliminowanie sytuacji, w której w Oddziale Psychiatrii Sądowej umieszczane są osoby bez decyzji sądu bądź organu dysponującego w związku z toczącym się postępowaniem przygotowawczym.

2. Podjęcie działań mających na celu rozwiązanie problemu przeludnienia w Oddziale XXII.

3. Zapewnienie odpowiednich warunków widzeń osób internowanych z obrońcami albo profesjonalnymi pełnomocnikami poprzez wyznaczenie do realizacji takich spotkań pomieszczenia, w którym nie ma urządzeń rejestrujących obraz.

4. Zapewnienie prawidłowej realizacji prawa pacjentów do obrony poprzez zaprzestanie limitowania czasu prowadzonych rozmów telefonicznych z obrońcą i zwiększenia ich częstotliwości.

5. Stosowanie przymusu bezpośredniego, nadzorowanie i dokumentowanie zgodnie z obowiązującymi przepisami i poszanowaniem praw pacjenta.

6. Odstąpienie od stosowania przymusu bezpośredniego w postaci izolacji w pomieszczeniach, które nie spełniają wymogów określonych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, i utworzenie takiego pomieszczenia, aby lekarz podejmujący decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego miał możliwość dostosowania środka do sytuacji pacjenta.

7. Odstąpienie od stosowania przymusu bezpośredniego w postaci pasów ochronnych zakładanych na ręce wobec pacjentów doprowadzanych do lekarzy przyjmujących na terenie Szpitala, poza Oddziałami detencyjnymi.

8. Odstąpienie od przeprowadzania czynności wobec pacjentów, które nie są przewidziane w obowiązujących przepisach: kontroli osobistej pacjentów oraz kontrolowania ich korespondencji.

9. Podjęcie starań w celu nawiązania kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego i ustalenie zasad jego działania na rzecz pacjentów przebywających w Oddziałach XXII i XXIV.

10. Dokonanie analizy wskazanych w raporcie aspektów regulaminów Oddziałów pod kątem wyeliminowania zapisów, które nie mają oparcia w przepisach prawa powszechnie obowiązującego, są sprzeczne z przyjętą praktyką bądź ich brzmienie budzi poważne wątpliwości interpretacyjnych.

11. Zapewnienie pacjentom w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy dostępu do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną, zgodnie z treścią § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych .

Szczególnie istotne jest zapewnienie realizacji uprawnienia pacjentów do przebywania na świeżym powietrzu, gdy chorzy nie mają zorganizowanych zajęć terapeutycznych.

12. Zapewnienie – w oparciu o infrastrukturę techniczną Szpitala i na zasadach opracowanych przez administrację, które respektować będą prawo równego dostępu do

informacji publicznej wszystkim pacjentom – dostępu do BIP pacjentom, którzy nie mają możliwości korzystania z własnych urządzeń z dostępem do Internetu.

13. Dokonanie oceny, czy wystarczające jest wyposażenie pokoi pacjentów w Oddziale XXII w szafki do przechowywania odzieży i innych rzeczy potrzebnych pacjentom w codziennym funkcjonowaniu.

Przedstawiciele RPO podkreślają, że szczególne zaniepokojenie budzi fakt, że wiele zaleceń (nr 2, 3, 4, 6, 7) sformułowanych było już wcześniej, przez przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji i przekazane Dyrektorowi Szpitala w raporcie powizytacyjnym z dnia 30 marca 2016 r. W odpowiedzi na nie, kierownictwo Szpitala zadeklarowało podjęcie działań mających na celu realizację zaleceń. Dokonane ustalenia podczas wizytacji w 2020 r. pokazują, że stwierdzone wówczas nieprawidłowości nadal mają miejsce.

W przedmiotowej notatce nie sformułowano zaleceń odnośnie warunków bytowych w Oddziale XXII z uwagi na przeprowadzony i zakończony remont. Wobec tej sytuacji należy sądzić, iż dostrzeżone podczas wizytacji problemy, tj. złe warunki higieniczno-sanitarne, zagrzybienie pomieszczeń, niedostatki w wyposażeniu łazni (brak ławki, wieszaków, nieprawidłowo zamontowana sygnalizacja przyzywowa) zostały zażegnane.

Ponadto, rekomenduje się:

1. Doprecyzowanie w karcie stanowiącej załącznik do instrukcji dotyczącej zajęć rehabilitacyjnych, wprowadzonej zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 31/2017 z dnia 29 czerwca 2017 r., oferty ergoterapii oraz poszerzenie jej zapisów o opis mocnych stron pacjenta.

2. Uzupełnienie pakietu dokumentów przekazywanych pacjentom przy przyjęciu o regulamin konkretnego Oddziału.

3. Włączenie przedstawicieli personelu medycznego Oddziałów Psychiatrii Sądowej do superwizji z uwagi na bardzo obciążający charakter wykonywanej przez nich pracy i zagrożenie wypaleniem zawodowym.

4. Dążenie do podtrzymania atmosfery sprzyjającej doskonaleniu zawodowemu i motywacji personelu do udziału w oferowanych szkoleniach. Proponuje się włączenie tematyki Protokołu Stambulskiego do oferty szkoleniowej pracowników szpitala, a co najmniej polecenie im zapoznania się z treścią dokumentu.

5. Pogłębienie pracy o naukowo potwierdzone metody z kręgu risk assessment, korzystając z zasobu jakim jest wykwalifikowana w tym zakresie kadra. Jest to bardzo

dobrze rozwijająca się metoda, która pozwala uzyskiwać wyniki porównywalne w czasie, standaryzowanymi metodami, bez pośądzenia o stronniczość czy arbitralność w ocenie.

Poniżej wizytujący przedstawiają kwestie, które wymagają dalszego wyjaśnienia:

1. Poważną nieprawidłowością jest przyjęcie do Oddziału XXIV osoby, wobec której sąd nie orzekł środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym. Wizytujący dostrzegają, że decyzje wobec pacjenta podejmowane były z myślą o jego dobrostanie, jednak te działania można ocenić jako bezprawne pozbawienie wolności. Prosimy więc o poinformowanie:

a/ czy ww. pacjent nadal przebywa w Oddziale detencyjnym; jeśli tak, to jak długo przebywa i czy zostały podjęte jakieś działania wobec tej sytuacji, mając na uwadze zdiagnozowany stan zdrowia chorego (np. złożenie wniosku do sądu o przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody i umieszczenie we właściwej placówce leczniczej);

b/ czy to jest jednostkowy przypadek umieszczenia w Oddziale osoby bez podstawy prawnej, czy też praktyka taka miała miejsce we wcześniejszym okresie bądź jest stosowana obecnie.

2. Sprawa, która pozostaje w ciągłym zainteresowaniu Rzecznika dotyczy pobytu w Oddziałach Psychiatrii Sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu osób tymczasowo aresztowanych, umieszczonych w Oddziale na podstawie art. 260 § 1 k.p.k. Proszę o wskazanie:

a/ ilu maksymalnie ww. tymczasowo aresztowanych może być przyjętych do Oddziału XXII, mając na uwadze pojemność Oddziału i obowiązek zapewnienia pacjentom godnych warunków bytowych;

b/ czy wobec braku miejsc dla kolejnych pacjentów, kierowanych do Oddziału na podstawie art. 260 § 1 k.p.k., były sporządzane pisma informujące o tej sytuacji organy, do dyspozycji których tymczasowo aresztowani pozostawali oraz monity do organów nadzorujących działalność Szpitala. Jeżeli tak, prosimy o udostępnienie kopii tych pism i otrzymanych odpowiedzi;

c/ z otrzymanych od Z-cy Dyrektora Szpitala informacji wynika, że koszty pobytu w Oddziale pokrywa Narodowy Fundusz Zdrowia. Tymczasem zgodnie z treścią art. 213 § 2 k.k.w. koszty pobytu tymczasowo aresztowanego w podmiocie leczniczym ponosi organ, do którego dyspozycji tymczasowo aresztowany pozostaje. Czy kierownictwo Szpitala dostrzega ten problem i podejmowało działania, by doprowadzić tę kwestię do stanu

zgodnego z obowiązującymi przepisami – jeżeli tak prosimy o udostępnienie prowadzonej w tej sprawie korespondencji;

d/ przekazane podczas wizytacji informacje wskazują, że wielu tymczasowo aresztowanych, skierowanych do Oddziału na podstawie art. 260 § 1 k.p.k. – w ocenie personelu lekarskiego - nie wymaga leczenia w warunkach hospitalizacji. Prosimy o przekazanie wszelkich uwag i wskazanie dotychczasowych inicjatyw prowadzonych przez kierownictwo Szpitala wobec tego problemu. Niezwykle istotne byłoby również zaproponowanie rozwiązań, które lepiej chroniłyby prawa tymczasowo aresztowanych rzeczywiście wymagających leczenia psychiatrycznego i umożliwiały skuteczną realizację decyzji sądów w przedmiotowym zakresie.

3. Podczas wizytacji odebrano informację od pacjenta Oddziału XXII, sprawcy przestępstwa przeciwko wolności seksualnej, wobec którego orzeczono środek zabezpieczający w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym, że po przyjęciu do Oddziału z dużym opóźnieniem rozpoczęto wobec niego oddziaływanie terapeutyczne: po ok. 3-4 miesiącach terapię indywidualną (jedna rozmowa w tygodniu z psychologiem), a dopiero po ok. 12 miesiącach pacjent został włączony w cykl pełnego programu terapeutycznego. W ocenie rozmówcy ta sytuacja spowodowała, że nie sporządzono po 6 miesiącach opinii o jego procesie leczenia.

Informacje te nie zostały zweryfikowane na miejscu. Wobec powyższego prosimy o poinformowanie, w kontekście opisanego zarzutu, czy są opracowane procedury dotyczące planu przebiegu procesu terapeutycznego u tej grupy pacjentów, a jeśli tak, to prosimy o przesłanie kopii tego dokumentu.

Ponadto, prosimy o poinformowanie:

a/ jaka jest pojemność Oddziału przeznaczonego dla pacjentów należących do ww. grupy i ile obecnie osób w nim przebywa;

b/ czy w przypadku przeludnienia nadal do Oddziału przyjmowani są nowi pacjenci i jak kierownictwo Szpitala zamierza rozwiązać ten problem ?

4. Analiza stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjenta D.G. (opis w pkt. 15 notatki) zrodziła pytanie, czy po zakończeniu stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia, zwłaszcza trwającego kilka dni, były/są przygotowywane zalecenia dotyczące dalszego postępowania wobec pacjenta w zakresie oddziaływań leczniczych, psychologicznych, ochronnych. Jeżeli tak, to proszę o wskazanie, na czym polegają te oddziaływania.

5. Wizytujący ponownie zwracają się z prośbą o udzielenie pisemnej odpowiedzi przez Dyrektora Szpitala na ekspertyzę z dnia 6 kwietnia 2017 r. z zakresu medycyny (psychiatrii i seksuologii) i psychologii, dotyczącej oddziaływań prowadzonych w Oddziale XXII wobec internowanych pacjentów z zaburzeniami preferencji seksualnych.

Za Zespół podpisuje:

Jolanta Nowakowska

Zastępca Dyrektora Zespołu

/-podpisano elektronicznie/