



Warszawa, 23-08-2022 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH
Krajowy Mechanizm Prewencji**

KMP.574.3.2022.JZ

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji
Samodzielnego Wojewódzkiego Zespołu Publicznych Zakładów Psychiatrycznej
Opieki Zdrowotnej w Warszawie**

1. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

Zgromadzenie Ogólne ONZ 18 grudnia 2002 r. przyjęło Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (dalej: OPCAT)¹. Polska przystąpiła do OPCAT na podstawie uprzedniej zgody wyrażonej w ustawie i stanowi on część krajowego porządku prawnego (art. 87 i 91 Konstytucji). Podpisując OPCAT Polska zobowiązała się do utworzenia krajowego mechanizmu prewencji, którego funkcję

¹ Zob. Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192). Nazwa w języku angielskim: Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (OPCAT).

wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą działającego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT)².

KMPT ma dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań” w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa, gdzie przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem³. Z kolei za „pozbawienie wolności” OPCAT rozumie „jakąkolwiek formę zatrzymania lub uwięzienia bądź umieszczenia osoby w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, którego osobie tej nie wolno z własnej woli opuszczać, na mocy polecenia jakiegokolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej⁴”.

Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie swojej wizyty członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urządzeń, mogą odbyć poufną rozmowę z wybraną przez siebie osobą (zarówno osobą pozbawioną wolności, członkiem personelu lub inną osobą), mają dostęp do dokumentacji i nagrań z monitoringu wizyjnego⁵. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane⁶.

Spostrzeżenia KMPT czynione podczas wizytacji, opierają się więc na różnych źródłach m.in. własnych obserwacjach poczynionych podczas wizyty, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i nagraniach monitoringu⁷.

² Zob. Art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2020 r., poz. 627).

³ Zob. Art. 4 ust. 1 OPCAT.

⁴ Zob. Art. 4 ust. 2 OPCAT.

⁵ Zob. Art. 20 OPCAT.

⁶ Zob. Art. 13 ust. 1a ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

⁷ Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. przykładowo Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2020 r., Część II – Jak pracuje KMPT ?.

KMPT nie jest organem dochodzeniowo-śledczym. Nie rozpatruje też skarg⁸. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur i złego traktowania osób pozbawionych wolności oraz zaproponowanie rozwiązań mających na celu wyeliminowanie tego ryzyka. Formułując swoje wnioski i zalecenia KMPT, bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ⁹ oraz zalecenia organów międzynarodowych.

W każdym przypadku, kiedy przedstawiciele KMPT ujawnią ryzyko zaistnienia naruszeń praw osób pozbawionych wolności (nawet jeśli jego istnienie wynika jedynie z relacji osób pozbawionych wolności), KMPT jest zobowiązany do wydania odpowiedniego zalecenia w raporcie. Dlatego też, na zalecenia końcowe w niniejszym raporcie należy patrzeć nie tylko przez pryzmat nieprawidłowości, które zaistniały, lecz także przez pryzmat prewencji ich wystąpienia w przyszłości.

2. Wprowadzenie

Na podstawie artykułu 19 OPCAT oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 4-6 maja 2021 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził wizytację Samodzielnego Wojewódzkiego Zespołu Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej przy ul. Nowowiejskiej 27 w Warszawie (zwanego dalej: Szpitalem, Szpitalem Nowowiejskim, placówką).

W skład zespołu wizytującego wchodziły: dr Justyna Józwiak (socjolożka), Aleksandra Nowicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa), Justyna Zarecka (politolożka, specjalistka ds. bezpieczeństwa).

Celem wizytacji KMPT, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzenie sposobu traktowania osób przebywających w szpitalu, w celu wzmocnienia, jeśli to niezbędne,

⁸ Zob. Dziewiąte Sprawozdanie Roczne SPT z 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, Aneks do sprawozdania, część II, pkt. 6. Zobacz również publikację Biura Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka pt. „Preventing Torture. The Role of National Preventive Mechanisms. A Practical Guide”, Professional Training Series No. 21, United Nations High Commissioner for Human Rights, New York i Genewa 2018, s. 4-6.

⁹ Zob. art. 19 pkt. b) OPCAT.

ich ochrony przed torturami oraz innym okrutnym, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawianie rekomendacji właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków pobytu pacjentów i zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, mając na uwadze odpowiednie standardy organizacji międzynarodowych. W szczególnym zainteresowaniu pozostawały zagadnienia związane z pobytem pacjentów przebywających w placówce bez zgody - na podstawie art. 23 ust. 1, art. 24 ust. 1, art. 28, art. 29 ust.1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego¹⁰, dalej jako: uozp.

W czasie wizyty wykonano następujące czynności:

- przeprowadzono rozmowę z Cezarym Kostrzewą - Dyrektorem Szpitala oraz Maciejem Ostrowskim - Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa;
- dokonano oglądu pomieszczeń placówki, w tym sal pacjentów, sanitariatów, sal terapii, izby przyjęć, izolatek;
- przeprowadzono indywidualne rozmowy z pacjentami i pracownikami, bez obecności osób trzecich, w warunkach zapewniających poufność rozmowy;
- dokonano analizy dokumentacji dostępnej na miejscu, w tym m.in. akt osób przyjętych bez zgody, dokumentacji dotyczącej stosowania środków przymusu bezpośredniego;
- wykonano dokumentację fotograficzną pomieszczeń Szpitala i wybranej dokumentacji.

Przedstawicielki KMPT poinformowały Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa o wstępnych ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności oraz wysłuchały uwag i wyjaśnień.

¹⁰ Dz.U. z 2020 r, poz. 685.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano wybraną dokumentację oraz nagrania monitoringu dokumentujące zastosowanie wobec pacjenta przymusu bezpośredniego.

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

W niniejszym raporcie opisano jedynie te obszary, które w ocenie KMPT wymagają poprawy. Raport zawiera także problemy systemowe, wymagające zmian legislacyjnych.

3. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. personel, pacjenci, inne osoby) lub organizacja, która przekazała KMPT informację, nie może ponieść jakiejkolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie czy udzieliła informacji prawdziwej czy fałszywej.

Wskazany przepis OPCAT stanowi bowiem, że żadna władza lub funkcjonariusz nie nakaże, nie zastosuje, nie pozwoli ani nie dopuści do stosowania jakiejkolwiek sankcji przeciwko jakiejkolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiejkolwiek informacji, prawdziwej bądź fałszywej i żadna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób.

4. Ogólna charakterystyka placówki

W ramach Samodzielnego Wojewódzkiego Zespołu Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej funkcjonuje Zakład Psychiatryczny Leczenia

Szpitalnego. W jego skład wchodzi: Izba Przyjęć, Oddziały I, III, IV, V Psychiatryczne, Oddział XI Rehabilitacji Psychiatrycznej; Oddział VII Detoksykacji - Narkotyki i Inne Substancje Psychoaktywne, Oddział XVIII Terapii Uzależnienia od Alkoholu.

Podmiotem tworzącym Zespół jest Samorząd Województwa Mazowieckiego.

Wizytacją zostały objęte 4 oddziały ogólnopsychiatryczne (każdy o pojemności 40 miejsc) oraz izba przyjęć. W dniu rozpoczęcia wizytacji na oddziałach przebywało 148 pacjentów (na 160 miejsc), z czego 31 osób przyjętych w trybie „bez zgody”.

5. Problemy systemowe

5.1. Instalacja przyzywowa

Jednym z elementów ochrony praw pacjentów, weryfikowanym każdorazowo przez KMPT w trakcie wizytacji placówek psychiatrycznych, jest bezpieczeństwo, które powinno być traktowane priorytetowo. Ważnym narzędziem w tym zakresie jest sprawnie funkcjonująca i łatwo dostępna dla pacjentów, jak i personelu instalacja przyzywowa. Umożliwia ona szybką interwencję personelu medycznego w sytuacjach kryzysowych związanych z nagłym pogorszeniem się stanu zdrowia pacjenta.

Tymczasem w wizytowanej placówce nie było instalacji przyzywowej.

Montaż sygnalizacji przywoławczej ma szczególne znaczenie dla osób z niepełnosprawnościami, które zgodnie z wymogami Konwencji ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych¹¹ powinny mieć zapewnione różne formy pomocy, szeroko rozumianą dostępność umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi.

Europejski Komitet do spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) wielokrotnie zwracał na ten problem

¹¹ Dz. U. z 2012 r., poz. 1169.

uwagę w swoich raportach z wizytacji szpitali psychiatrycznych, zalecając montaż i pilnowanie sprawności urządzeń służących do wezwania pomocy¹².

Zdaniem KMPT przyciski alarmowo-przyzywowe powinny być we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez pacjentów (łazienki, pokoje łóżkowe, pomieszczenia jednoosobowe do wykonywania przymusu bezpośredniego m.in. w postaci izolacji). Problem ten był sygnalizowany Ministrowi Zdrowia już w 2017 r¹³. Mimo to wciąż pozostaje nierozwiązany. Sprawa pozostaje w zainteresowaniu Rzecznika Praw Obywatelskich.

5.2. Stosowanie kajdanek w trakcie transportu

Jak wynikało z informacji przekazanych przez personel, zdarzają się sytuacje gdy pacjenci są przywożeni do Szpitala przez Policję skuci kajdankami. Zwykle dopiero na prośbę lekarza na izbie przyjęć kajdanki są ściągane.

Praktyka stosowania kajdanek wobec pacjentów budzi wiele wątpliwości przedstawicieli KMPT. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego wymienia środki za pomocą, których dozwolone jest stosowanie przymusu bezpośredniego. Są to: przytrzymanie (doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej), przymusowe zastosowanie leków, unieruchomienie (obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa) oraz izolacja¹⁴. Nie ma wśród nich kajdanek. Standardy CPT zabraniają wręcz stosowania kajdanek przy unieruchamianiu pacjentów psychiatrycznych¹⁵.

¹² Por: § 95 Raportu CPT z wizyty na Węgrzech w 2009 r. [CPT/Inf(2010)16]; § 134 Raportu CPT z wizyty na Węgrzech w 2005 r. [CPT/Inf(2006)20]; § 132 Raportu CPT z wizyty w Hiszpanii w 2003 r. [CPT/Inf(2007)28]; § 198 Raportu CPT z wizyty w Turcji w 1997 r. [CPT/Inf(99)2]

¹³ Wystąpienie generalnie z dnia 22 maja 2017 r.; sygn. KMP.574.4.2017.DK.

¹⁴ Art. 3 pkt 6 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2020 r, poz. 685).

¹⁵ Zob. pkt 3.3. Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych. Standardy CPT [CPT/Inf(2017)6].

W tych przypadkach kajdanki stosowane są przez funkcjonariuszy Policji w trybie ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej¹⁶, która określa, w jakich sytuacjach można użyć środków przymusu bezpośredniego. Zgodnie z przepisami ustawy, aby funkcjonariusz Policji mógł użyć środka przymusu bezpośredniego musi zdarzyć się konkretna sytuacja zagrażająca bezpieczeństwu, życiu lub zdrowiu lub istnieje duże prawdopodobieństwo wystąpienia takiej sytuacji. Jednakże funkcjonariusz Policji, zanim sięgnie po środki przymusu bezpośredniego, powinien użyć lub wykorzystać w pierwszej kolejności inne, łagodniejsze środki w celu uzyskania zamierzonego celu lub określonego zachowania¹⁷.

Zakładanie kajdanek każdemu pacjentowi (tylko dlatego, że jest pacjentem psychiatrycznym) konwojowanemu do szpitala lub poza szpital jest nadużyciem, nieznanym odzwierciedlenia w przepisach prawa. Ustawa o środkach przymusu bezpośredniego - jako pierwszą zasadę postępowania się nimi - wskazuje, aby używać ich lub wykorzystywać w sposób niezbędny do osiągnięcia celów tego użycia lub wykorzystania, proporcjonalnie do stopnia zagrożenia, wybierając środek o możliwie jak najmniejszej dolegliwości (art. 6 ustawy). Dodatkowo w ustawie o środkach przymusu bezpośredniego jest wyraźne wyłączenie stosowania przepisów w niej zawartych do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego¹⁸.

Z kolei art. 46a ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wskazuje, że przy wykonywaniu postanowień sądowych o przyjęciu do domu pomocy społecznej lub szpitala psychiatrycznego stosuje się przymus bezpośredni na zasadach opisanych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. W wyjątkowych sytuacjach przewidziane w innych przepisach środki przymusu bezpośredniego mogą być stosowane jedynie

¹⁶ Dz.U. z 2022 r., poz. 1416.

¹⁷ Zob.: L. Dyduch, K. Świerczewski, W. Biedrzycki, Użycie lub wykorzystanie środków przymusu bezpośredniego przez policjantów, str. 15-16.

¹⁸ Zgodnie z art. 3 pkt 4: Ustawy nie stosuje się do przymusu bezpośredniego lub zasad użycia lub wykorzystania broni palnej, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 685 oraz z 2022 r. poz. 974).

po uprzednim bezskutecznym zastosowaniu przymusu bezpośredniego przewidzianego w niniejszej ustawie albo gdy jego zastosowanie byłoby niecelowe.

Na problem stosowania przez Policję kajdanek w stosunku do pacjentów psychiatrycznych Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił uwagę w wystąpieniu generalnym do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w kwietniu 2022 r¹⁹.

6. Obszary wymagające poprawy

6.1. Warunki bytowe

Co do zasady, w dniach wizytacji nie przekroczono limitu pojemności Szpitala – 12 miejsc pozostawało wolnych. Jednak, jak wynikało z rozmów z dyrekcją placówki, takie okresy zdarzają się sporadycznie. Należy jednak zaznaczyć, że mimo to podczas oglądu placówki wizytujące zastały pacjentów umieszczonych na korytarzach i świetlicach oddziałowych, przez które pozostali pacjenci przechodzili do swoich pokoi.

Personel placówki tłumaczył, że przyczyną takiej sytuacji jest fakt, że część pacjentów wymaga stałego monitorowania zachowania, tymczasem na każdym z oddziałów wyznaczone są jedynie po dwa jednoosobowe pomieszczenia do izolacji – wyposażone w monitoring. W związku z tym, gdy w danej chwili pacjentów wymagających nadzoru jest więcej, są umieszczani tam, gdzie znajduje się monitoring wizyjny – na korytarzach czy w pokoju dziennym, zwykłe sale łóżkowe nie są bowiem monitorowane.

Choć jak tłumaczył personel, zwykle podejmowane są starania, by w jednym pomieszczeniu umieszczać osoby tej samej płci to jednak nie zawsze jest to możliwe. Jedna z pacjentek przebywała na świetlicy, na której został też umieszczony mężczyzna. Co szczególnie istotne, i co zostało szczegółowo opisane w dalszej części raportu, zdarzało się, że na korytarzu na którym spała kobieta, przywieziony został

¹⁹ Wystąpienie generalnie z dnia 11 kwietnia 2022 r. sygn. II.574.1.2022.PZ.

mężczyzna wobec, którego zastosowano unieruchomienie. Warunki te nie pozwalały na zachowanie jakiegokolwiek intymności.

W trakcie oglądu ustalono także, że w monitorowanych pomieszczeniach do izolacji umieszczano pacjentów, wobec których ten środek przymusu nie był stosowany, a w ocenie personelu wymagali jedynie wzmożonej obserwacji – wówczas pomieszczenia te były otwarte.

Wizytujący zdają sobie sprawę z problemu przeludnienia szpitali psychiatrycznych, pozostającego w dużym związku z brakiem rozwiniętej w sposób należyty opieki środowiskowej - Rzecznik Praw Obywatelskich już od 2012 r. raportuje polskiemu rządowi o problemie niedofinansowania szpitalnego leczenia psychiatrycznego i skutków z niego wynikających.

Niemniej jednak, wypełniając swoją prewencyjną rolę w zakresie ochrony pacjentów, przedstawiciele KMPT zwracają uwagę na ten problem jako potencjalne źródło poniżającego traktowania. Zgodnie z opinią CPT stworzenie pozytywnego środowiska terapeutycznego obejmuje, w pierwszym rzędzie zapewnienie właściwej przestrzeni życiowej pacjentom²⁰.

W ocenie KMPT niedopuszczalne jest, by sala pobytu dziennego stanowiła jednocześnie salę mieszkalną dla pacjentów. Sala ta powinna być ogólnodostępna dla pacjentów, co jednocześnie nie zapewnia odpowiedniej intymności i spokoju pacjentowi w niej mieszkającemu. Niezapewnienie odpowiedniej przestrzeni dla pacjentów może powodować napięcia i utrudniać proces terapeutyczny. Również zakwaterowanie osób w części wspólnej jaką stanowią ciągi komunikacyjne ogranicza w sposób oczywisty ich prawo do prywatności.

Na trzech z czterech oddziałów, co do zasady, warunki zostały ocenione jako dobre – pomieszczenia przeszły niedawno generalny remont, łóżka i szafki były nowe. Mimo to, zdarzały się zabrudzone ściany, w kilku łazienkach widoczne były sporych

²⁰ Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych, CPT/Inf(98)12-part, § 32.

rozmiarów zawilgocenia nad prysznicami, w jednym z pryszniców drzwi były wyrwane, co według zapewnień personelu zostało zgłoszone do naprawy. W gorszym stanie był oddział I, który remontowany był ok. 2009 r., gdzie widoczne były liczne zabrudzenia, miejscami poobijane drzwi, łazienki nie były w pełni dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

Niektórzy z pacjentów i pacjentek wskazywali na brak dostępu do artykułów higienicznych, szczególnie artykułów menstruacyjnych. Część pacjentek nie miała świadomości, że może poprosić o wydanie tego typu środków, pożyczała je od innych pacjentek.

Na każdym z oddziałów widoczny był brak miejsca do przechowywania rzeczy osobistych. Prawie w każdej sali pacjenci przechowywali swoje rzeczy w reklamówkach i torbach umieszczonych na podłodze, parapetach, czy łóżkach. W niektórych salach znajdowały się co prawda szafki przyłóżkowe, jednak pacjenci nie byli w stanie przechować tam wszystkich posiadanych rzeczy. Choć w niektórych salach znajdowała się niewielka szafa ubraniowa, to jednak była ona zwykle do dyspozycji kilku osób, w związku z czym pacjenci nie chcieli przechowywać tam prywatnych rzeczy z obawy o ich kradzież. Wybrane do analizy nagrania monitoringu potwierdziły, że obawy pacjentów nie były bezpodstawne. Na jednym z nagrań z korytarza zarejestrowano jak do śpiącej pacjentki podszedł inny pacjent i spokojnie zaczął przeglądać torby z ubraniami leżące na jej łóżku, z których zabrał telefon komórkowy. Mężczyzna ten powrócił po 13 minutach, by zabrać jeszcze jeden telefon, który kobieta miała ułożony pod ręką. Nikt z personelu nie zareagował na to zachowanie mimo, że jak wskazano powyżej – pacjenci zostają umieszczeni na korytarzu, aby być pod ściślejszym nadzorem – dla ich bezpieczeństwa. Ostatecznie pacjent jeden z telefonów oddał rzucając go na łóżko o godz. 6:08, gdy pacjentka jeszcze spała, natomiast drugi telefon został jej zwrócony 24 minuty później przez dwójkę innych pacjentów. Na nagraniu widać, że kobieta była wzburzona całą sytuacją.

W takich warunkach, gdy pacjenci nie czują się w pełni bezpiecznie trudno o sprzyjające okoliczności leczenia. W tym kontekście warto zauważyć, iż CPT wskazał, iż powinno się dążyć do zapewnienia takich warunków materialnych, które sprzyjają leczeniu i dobremu samopoczuciu pacjentów. Ma to duże znaczenie nie tylko dla pacjentów, lecz także dla personelu pracującego w ośrodkach psychiatrycznych²¹.

W ocenie Komitetu „stworzenie pozytywnego środowiska terapeutycznego obejmuje (...) także odpowiednie oświetlenie, ogrzewanie i wentylację, utrzymywanie ośrodka w zadowalającym stanie oraz spełnianie wymogów higienicznych. Należy przykładać szczególną uwagę do dekoracji pomieszczeń pacjentów oraz miejsc przeznaczonych do odpoczynku, w celu dostarczenia pacjentom stymulacji wzrokowej. Wysoce pożądane jest wyposażenie pomieszczeń w stoliki i szafki stojące obok łóżek; ponadto pacjentom powinno się pozwolić na przechowywanie określonych rzeczy osobistych (fotografie, książki, itp.). Należy także podkreślić znaczenie zapewnienia pacjentom określonego miejsca, w którym mogą przechowywać swoje rzeczy pod kluczem; brak takiego miejsca może godzić w poczucie bezpieczeństwa i autonomii u pacjenta²²”.

Podczas wizyty w Serbii CPT zwrócił uwagę na powyższe braki i rekomendował władzom zapewnienie pacjentom bardziej przyjaznego i spersonalizowanego środowiska, w szczególności poprzez zapewnienie im zamykanej szafki na przedmioty osobiste i pozwolenie na posiadanie w pokojach rozsądnej liczby rzeczy osobistych i dekoracji²³.

Z kolei podczas wizyty na Słowenii CPT wskazał na wysoki standard warunków materialnych na oddziale psychiatrii sądowej, w tym możliwość trzymania rzeczy osobistych w swoich pokojach. Pacjenci otrzymali zamykaną przestrzeń składową

²¹ Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych, CPT/Inf(98)12-part, § 32.

²² Tamże, § 34.

²³ Raport CPT z wizyty w z wizyty w Serbii, CPT/Inf (2016) 21, § 156 i 157.

(klucze były przechowywane przez pielęgniarki i wydawane na prośbę pacjentów) i mogli trzymać rzeczy osobiste w swoich pokojach²⁴.

Niepokój KMPT wzbudziły kraty zamontowane w zdecydowanej większości okien. Co do zasady nie zdecydowano się na ich demontaż przy ostatnim przeprowadzonym remoncie, jednak mimo to w kilku pomieszczeniach, w tym salach pacjentów, ich nie było. Personel nie był jednak w stanie wskazać co zdecydowało o ich demontażu lub pozostawieniu. Ponadto okna nie miały możliwości bezpośredniego otwarcia – nie było klamek, a jedynie łańcuchy z kłódkami, które mogłyby być otwarte jedynie przez personel. Jak wynikało z informacji przekazanych przez rozmówców latem temperatura w placówce jest bardzo wysoka, panuje zaduch.

Doświadczenie KMPT pokazuje, że kraty w oknach jako zabezpieczenie ochronne nie są już spotykane w wizytowanych oddziałach psychiatrycznych. Nie mają też uzasadnienia terapeutycznego. W ocenie ekspertów współpracujących z KMPT obecność krat może wzbudzać w pacjentach poczucie zagrożenia i izolacji. Kraty w oknach w instytucjach opieki psychiatrycznej krytykuje także CPT, wskazując, że takie rozwiązania przyczyniają się do wytworzenia środowiska karnego²⁵.

W związku z powyższym przedstawiciele KMPT zalecają:

- zaprzestania praktyki umieszczania pacjentów na korytarzach i świetlicach w celu wzmożonego nadzoru nad ich stanem. Należy zauważyć, że cel ten można uzyskać poprzez mniej ingerujący środek jakim jest bezpośredni kontakt personelu z pacjentem. Natomiast, gdy w opinii lekarzy osoba wciąż stwarza zagrożenie dla siebie lub innych, wówczas istnieje możliwość izolacji w monitorowanym pomieszczeniu. Jeśli w ocenie personelu medycznego obecna liczba tego typu pomieszczeń jest niewystarczająca należy rozważyć wyodrębnienie kolejnych pomieszczeń do izolacji;

²⁴ Raport CPT z wizyty w Słowenii, CPT/Inf (2017) 27.

²⁵ Raport CPT z wizyty w Serbii, CPT/Inf (2016) 21, § 156; Raport CPT z wizyty w Wielkiej Brytanii, CPT/Inf (96) 11, § 268; Raport CPT z wizyty w Finlandii, CPT/Inf (2015) 25, § 97 .

- systematyczny przegląd pomieszczeń pod kątem przeprowadzenia drobnych remontów;
- uzupełnienie wyposażenia pokoi w meble, które umożliwią każdemu pacjentowi na przechowywanie rzeczy osobistych;
- informowanie pacjentów o możliwości otrzymania artykułów higienicznych, w tym środków menstruacyjnych;
- demontaż krat okiennych i zastąpienie ich innego rodzaju zabezpieczeniami, które umożliwią bezpiecznie wietrzenie pomieszczeń - przy okazji przeprowadzania kolejnych modernizacji Szpitala.

6.2. Stosowanie środków przymusu bezpośredniego

Wizytujące wybrały do analizy nagrania monitoringu ze stosowania unieruchomienia i izolacji wobec mężczyzny przyjętego do placówki w kwietniu 2022 r.

Na wstępie warto wskazać na nieścisłości w znacznikach czasu widocznych na nagraniach. W przypadku nagrań z korytarza, w niniejszym raporcie przywoływane godziny dotyczą nagrań z kamery nr 1, bowiem znaczniki czasu z kamery nr 2 choć przedstawiały te same wydarzenia, to w chwili rozpoczęcia nagrań wskazywały: 30.09.2017 r. g. 3:14. Kamera nr 1 wskazywała natomiast prawidłową datę 23.04.2022 r. g. 00:35. Natomiast w przypadku nagrań z pomieszczenia do izolacji również oparto się na znaczniku czasu z kamery nr 1, warto bowiem zauważyć, że znacznik czasu na nagraniach z kamery nr 2 pokazuje te same wydarzenia z 3 minutowym opóźnieniem.

Aby monitoring spełniał swoją rolę skutecznie niezbędne jest zapewnienie prawidłowych warunków technicznych, które pozwolą właściwie osadzić analizowane zdarzenia w czasie i umożliwią ich porównanie z zapisami w dokumentacji. W związku z powyższym KMPT zaleca, przegląd monitoringu pod kątem synchronizacji znaczników czasu i ustawieniem prawidłowych dat. Standard ten wynika

z obowiązującej od 2016 r. normy w zakresie rejestracji monitoringu wizyjnego PN-EN 62676-1-1:2014-06²⁶.

Analiza nagrań monitoringu z zastosowania środków przymusu bezpośredniego wzbudziła szereg poważnych wątpliwości.

Jak wynikało z dokumentacji medycznej pacjenta, unieruchomienie stosowano wobec niego przez 8 h 15 min, a następnie izolację przez 11 h 30 min, po czym kolejną – po 15 minutowym odstępie czasu, przez 14 h. W karcie zastosowania unieruchomienia w postaci pasów na ręce i nogi wskazano, że przyczyną ich zastosowania było „beładne pobudzenie z gwałtownymi (nieczytelne) + agresja czynna wobec personelu (...) pluł, kopał, szarpał osoby z personelu”. Środek w postaci pasów miał zostać użyty już na izbie przyjęć, a następnie kontynuowano jego stosowanie na oddziale.

Nagranie przekazane do analizy zaczęło się w chwili, gdy pacjent został przywieziony na wózek na oddział. Na korytarzu spała już inna pacjentka. Mężczyzna miał nogi złączone pasem, spodnie opuszczone do kolan, widoczne były jego bokserki. Ręce pacjenta były przypięte pasami do wózka. **O godz. 00:39 mężczyzna został położony przez sanitariuszy na podłodze korytarza, przy drzwiach – najprawdopodobniej łazienki. Drzwi były uchylone, przez co nie można było dostrzec pełnego obrazu całej sytuacji. O godz. 00:43 widać jednak, że mężczyzna leżał już na podłodze w założonych pieluchomajtkach, a następnie 4 sanitariuszy trzymając za ręce i nogi przeniosło mężczyznę z podłogi na łóżko, gdzie został zapięty w pasy i przykryty kołdrą.** Na nagraniu nie widać, by mężczyzna był agresywny, próbował się wyszarpywać. Samo zakładanie pasów musiało wywołać hałas, bowiem pacjentka śpiąca na korytarzu wybudziła się, gdy mężczyzna leżał już na podłodze, gdzie był pampersowany.

²⁶ Jak wskazuje G. Matuszek: „Norma określa wymagania dotyczące programu do odtwarzania materiału, który powinien posiadać następujące funkcje: możliwość zapisywania materiału, ewentualne jego drukowanie ze wskazanym czasem i datą nagrania; (...) system powinien czytelnie wskazywać czas, datę i inne informacje dotyczące nagrania.” Zob. G. Matuszek; Monitoring wizyjny – ujęcie prawne i technologiczne. Współczesność i perspektywy; Zeszyty Naukowe SGSP 2020, Nr 73/1/2020.

W tej sytuacji nie zapewniono pacjentowi nawet minimum poczucia intymności i prywatności. Stało to w sprzeczności z art. 18d ust 2 uozp, zgodnie z którym „w przypadku braku możliwości umieszczenia osoby, o której mowa w ust. 1, w pomieszczeniu jednoosobowym, osłania się ją od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu, zapewniając poszanowanie jej godności i intymności, w tym również przy wykonywaniu zabiegów pielęgnacyjnych.”

Mężczyzna leżał zapięty w pasy do godziny 8:06. W tym czasie jedynie kilka razy uniósł się opierając na rękach. Na korytarzu spały przez cały czas jeszcze dwie osoby, tym samym nie widać, aby swoim zachowaniem zakłócał sen innych pacjentów. **Kontakt personelu z unieruchomionym mężczyzną był w tym czasie incydentalny.** O godz. 00:50 mężczyźnie najprawdopodobniej zmierzono ciśnienie. Kolejny kontakt personelu z pacjentem był dopiero o godz. 3:09, gdy poprawiono mężczyźnie kołdrę i sprawdzono zapięcie pasów, wcześniej takiej kontroli nie było, a pasy były zakryte kołdrą, zatem nawet jeśli ktoś z personelu przechodził korytarzem nie mógł rzetelnie ocenić czy pasy nie są zbyt mocno zapięte. Kolejne zainteresowanie ze strony personelu nastąpiło o godz. 5:20 i 5:26, gdy znów poprawiono kołdrę i sprawdzono zapięcie pasów. Mimo porannego zamieszania, gdy zarówno personel jak i pacjenci nieustannie przemierzali przez korytarz tuż obok unieruchomionego pacjenta, nikt nie zainteresował się jego stanem. Dopiero o godz. 8:05 podeszło 4 pracowników i po chwili mężczyzna został wypięty z pasów i mógł skorzystać ze znajdującej się obok łazienki.

Sytuacja ta stanowi rażące naruszenie obowiązujących przepisów. Należy bowiem zauważyć, że zgodnie z art. 18 a ust 3 uozp „stan fizyczny osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej kontroluje pielęgniarka nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby”. **Co prawda, w karcie oceny stanu fizycznego pacjenta znajdują się wpisy co 15 min, jednak ich rzetelność pozostawia wiele wątpliwości, bowiem jak już wskazano – bezpośredni kontakt z pacjentem miał miejsce jedynie kilka razy, a nie 33 razy jak wynika to**

z dokumentacji. Co więcej od godziny 00:45 do 2:45 wskazano, że mężczyzna szarpie się i wykrzykuje. Na podstawie nagrań nie sposób tak ocenić zachowania mężczyzny. Warto też zwrócić uwagę, że w karcie zastosowania unieruchomienia jako godzinę rozpoczęcia stosowania przymusu wskazano 0:45, zaś zakończenia 9:00. Zaś zgodnie z monitoringiem, mężczyzna został zwolniony z pasów już o 8:06.

Co więcej, w punkcie dotyczącym informacji o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego znajduje się wpis z godziny 4:45, gdzie jako uzasadnienie lekarka wskazała: „pacjent (nieczytelne) się, pobudzony psychoruchowo, agresywny wobec personelu”. **Na nagraniu nie widać jednak aby została przeprowadzona jakakolwiek ocena lekarska stanu wskazanego pacjenta.** Tymczasem zgodnie z art. 18a ust. 8 uozp „lekarz, po osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi, może przedłużyć stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na następne dwa okresy, z których każdy nie może trwać dłużej niż 6 godzin.” **W tym przypadku na podstawie analizy nagrań z monitoringu należy stwierdzić, że nie doszło do osobistego badania pacjenta. Stanowi to rażące naruszenie przepisów.**

Kolejne nagrania dotyczą zastosowania izolacji. W karcie zastosowania środków przymusu, gdzie wskazano konieczność izolacji, jako przyczynę podano: „pacjent żywo psychotyczny, pobudzony, zamachnął się na sanitariusza”. Na przekazanych nagraniach nie widać tej sytuacji. Zgodnie z dokumentacją izolację rozpoczęto o godz. 9.15 tymczasem nagranie, na którym mężczyzna wszedł do izolatki rozpoczyna się o godz. 9.38. Pacjent był ubrany jedynie w rozpiętą górną część piżamy, miał założone pieluchomajtki.

Z karty oceny stanu fizycznego wynikało, że mężczyzna właściwie przez cały czas pobytu był spokojny, dopiero od godziny 20:00 wpisano kolejno: mamrocze, wykrzykuje, szarpie się. O godz. 20:45 odnotowano natomiast chwilowe uwolnienie celem zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych. Tymczasem na nagraniach z monitoringu widać, że pacjent opuścił pomieszczenie o godz. 21:22 i powrócił do

niego o godz. 21:29. Był zatem poza izolatką jedynie 7 minut. Mimo to, założona została nowa karta zastosowania środków przymus bezpośredniego i zgodnie z widniejącym w niej zapisem, stosowanie izolacji rozpoczęło się o 21:00, a zakończyło o 9:00 rano kolejnego dnia. **Widać zatem wyraźnie, że zapisy w dokumentacji nie odzwierciedlają zapisów z monitoringu.**

Co więcej, według dokumentacji lekarka miała decydować o konieczności przedłużenia pobytu odpowiednio o g. 13:15 i 19:15 a następnie o 1:00 i 7:00. O ile o godz. 13.34 na nagraniu widać, że do izolatki weszło kilkoro członków personelu, mężczyzna otrzymał wówczas zastrzyk, tak kolejne spotkanie z lekarzem miało miejsce dopiero o 21:12. Lekarka obejrzała m.in. jego ręce i nogi. **Na monitoringu nie widać jednak by doszło do badania o godzinie 1:00.** W dokumentacji, w punkcie dotyczącym uzasadnienia przedłużenia stosowania środków przymusu lekarka wskazała: „brak poprawy stanu psychicznego”; „pacjent zdezorganizowany, psychotyczny, brak poprawy stanu psychicznego”; „pacjent nie odpowiada na pytanie dotyczące zachowań agresywnych”; „duże ryzyko zachowań zagrażających”. Tymczasem, zgodnie z art. 18 ust 1 pkt 1 i 2 uozp, środki przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia lub izolacji można zastosować jedynie, wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, które dopuszczają się zamachu przeciwko: życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub bezpieczeństwu powszechnemu, lub w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu. Tym samym nie sposób uznać, że przedstawione w dokumentacji uzasadnienia spełniały te kryteria. Ustawodawca napisał bowiem o dopuszczeniu się zamachu lub niszczeniu przedmiotów, nie wystarczy zatem samo ryzyko wystąpienia tego typu zachowań, a tym bardziej brak poprawy stanu psychicznego. Co więcej, ustawodawca jasno wskazał, że „przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania²⁷”.

Ponadto w żadnym z przypadków przedłużenia zastosowania środków przymusu bezpośredniego nie było opinii drugiego lekarza, a wymaganie takie wynika z art. 18a

²⁷ Art. 18a ust 4 uozp.

ust. 10 uozp, zgodnie z którym: „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”. Zatem już przy pierwszym przedłużeniu stosowania przymusu, czyli przy stosowaniu go powyżej 4 godzin, konieczna była opinia drugiego lekarza. W tym zakresie należy zatem zmienić pkt 5.3.13 wewnętrznej Procedury stosowania przymusu bezpośredniego (P-8-5-09, wydanie V z dnia 30.06.2020 r.)²⁸. W jego obecnym brzmieniu dopiero po dwukrotnym przedłużeniu przez lekarza stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji dalsze przedłużenie stosowania tych środków przymusu bezpośredniego na kolejne okresy nie dłuższe niż 6-godzinne jest dopuszczalne wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz uzyskaniu opinii innego lekarza będącego lekarzem psychiatrą. W opinii KMPT zasięgnięcie opinii drugiego psychiatry powinno być obligatoryjne przy każdorazowym podejmowaniu decyzji o przedłużeniu zastosowania środków przymusu bezpośredniego. Rozwiązanie to stanowi istotną gwarancję służącą ograniczeniu nadużywania długotrwałego stosowania środków przymusu.

W analizowanym przypadku najbardziej bulwersujący był jednak fakt, że mimo iż mężczyzna był spokojny w trakcie izolacji, przez większość czasu spał lub chodził po pokoju, w tym kilkanaście razy podchodził do drzwi, to w większości przypadków nikt z personelu nie przyszedł sprawdzić wówczas jego stanu i zapytać o ewentualne potrzeby w związku z czym mężczyzna załatwiał swoje potrzeby fizjologiczne w izolatce. Początkowo miał założone pieluchomajtki, które zostały zmienione po ok. godzinie od wejścia do izolatki. Następnie ok. godz. 13.20 na nagraniach widać, że pieluchomajtki ledwo się utrzymywały, widoczne były genitalia mężczyzny. Personel przyszedł zmienić pampers o godz. 13.34 – wówczas założono podwójne

²⁸ Co do zasady całą procedurę należy ocenić pozytywnie, zawiera ona szereg ważnych założeń. Podkreślono w niej wielokrotnie konieczność zagwarantowania pacjentom bezpieczeństwa i opieki, poszanowania ich godności i intymności, przedstawiono ewentualne niebezpieczeństwa związane ze stosowaniem środków przymusu bezpośredniego. Niestety ujawniony podczas analizy monitoringu przykład obnażył, że procedura ta nie jest wykorzystywana w praktyce.

pieluchomajtki. O godz. 19:00 widać jak mężczyzna stał pod drzwiami i ręką podtrzymywał pampers. Co prawda o 19:02 mężczyzna otrzymał kubek z napojem to jednak nadal nie został przebrany, czy wypuszczony do toalety. O 19:03 mężczyzna ściągnął pieluchomajtki i położył je w rogu pokoju, a sam bez bielizny położył się do łóżka. **Później mężczyzna poruszał się po izolatce bez bielizny i dolnej części piżamy.** Około 7 razy pacjent podchodził i czekał pod drzwiami, jednak nikt z personelu nie zainteresował się jego stanem. Lekarka pojawiła się dopiero o godz. 21.12, wtedy też – po ponad 2 h - ktoś z personelu sprzątnął zużyty pampers, który leżał w rogu pokoju. Mężczyzna otrzymał spodnie od piżamy i jak już zostało wcześniej wspomniane – opuścił na chwilę izolatkę. **O 22:50 pacjent znów podszedł pod drzwi, jednak ponieważ nikt do niego nie przyszedł zrzucił prześcieradło z łóżka i najprawdopodobniej oddał na nie mocz. Następnie przesunął je w kąt pokoju. Podczas dalszej izolacji jeszcze dwa razy załatwił swoje potrzeby fizjologiczne na prześcieradło (o 23:33 i 2:38), za każdym razem wcześniej mężczyzna podchodził pod drzwi, najprawdopodobniej chcąc zgłosić swoją potrzebę.** W tym czasie raz opuścił izolatkę o godz. 0:17 – wrócił po minucie z kubkiem, a następnie został na chwilę wypuszczony o godz.: 2:44; 6:37; 6:56; 9:09. Prześcieradło, na które załatwiał potrzeby fizjologiczne zostało sprzątnięte dopiero o godz. 6:40, wówczas też wymieniono jego pościel. **Tego typu praktyka urąga ludzkiej godności.**

Mężczyzna opuścił izolatkę o godz. 11:26. Tymczasem z karty oceny stanu fizycznego osoby izolowanej wynika, że stosowanie izolacji zakończyło się o 11:00, a mężczyzna miał być uwalniany do toalety w godzinach: 3:15; 6:15; 8:30; 8:45. Warto zauważyć, że od godziny 3:00 do 6:00 w karcie aż 8 razy zaznaczono, że mężczyzna szarpie się (uderza), tym czasem na nagraniu widać, jak mężczyzna nie mógł spać, chodził wokół łóżka, kładł się na nim, podchodził do drzwi i lustro fenickiego, był przy tym spokojny. Przez cały ten czas nikt z personelu nie przyszedł zapytać o stan pacjenta czy jego potrzeby. Po raz kolejny pokazuje to jak nierzetelnie prowadzona była dokumentacja dotycząca stosowania środków przymusu.

KMPT każdorazowo zwraca szczególną uwagę na stosowanie środków przymusu bezpośredniego z powodu ich inwazyjnego charakteru oraz potencjalnej możliwości nadużycia i złego traktowania. CPT opracował zbiór zasad, dzięki którym przymus bezpośredni można uczynić mniej dolegliwym dla pacjenta. Zgodnie z nimi, stosowanie przymusu powinno być traktowane, jako środek ostateczny. Po ustaniu sytuacji powodującej zastosowanie przymusu wobec pacjenta należy natychmiast zaprzestać jego stosowania. Pacjenci poddani środkom przymusu powinni być odpowiednio ubrani i, w miarę możliwości, móc samodzielnie jeść i pić oraz zaspokajać swoje potrzeby fizjologiczne w miejscu do tego przeznaczonym. Pacjenci nie powinni być poddawani mechanicznym środkom przymusu w obecności innych pacjentów (chyba że pacjent wyraźnie wyraża chęć pozostania w towarzystwie innego pacjenta); wizyty innych pacjentów powinny odbywać się wyłącznie za wyraźną zgodą pacjenta poddanego środkowi przymusu. Czas stosowania środków przymusu mechanicznego i izolacji powinien być możliwie jak najkrótszy (zwykle minuty, a nie godziny) i zawsze powinien zostać zakończony, gdy ustaną przyczyny leżące u podstaw ich zastosowania. Utrzymywanie środków przymusu mechanicznego przez kilka dni nie może mieć żadnego uzasadnienia i mogłoby, zdaniem CPT, być równoznaczne ze złym traktowaniem. Po zaprzestaniu stosowania środków przymusu ważne jest udzielenie pacjentowi informacji, wyjaśnienie powodów zastosowania środka przymusu wobec niego, zmniejszenie urazu psychologicznego, jakiego doznał i przywrócenie relacji lekarz-pacjent. Daje to również szansę pacjentowi, wraz z personelem, na znalezienie alternatywnych sposobów utrzymania kontroli nad samym sobą, co może zapobiec przyszłym wybuchom przemocy i kolejnemu zastosowaniu środków przymusu²⁹.

Tymczasem w opisanym powyżej przypadku właściwie wszystkie te standardy nie były wdrożone. Co więcej przedstawione zachowania stoją też w sprzeczności

²⁹ Zob.: Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych. Standardy Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu [CPT/Inf(2017)6].

z wewnętrzną „Procedurą stosowania przymusu bezpośredniego” (P-8-5-09, wydanie V z dnia 30.06.2020 r.) m.in. w zakresie kontroli stanu somatycznego i psychicznego pacjenta w czasie unieruchomienia (pkt 5.5. procedury). Określono w niej bowiem, że pielęgniarka kontrolując stan pacjenta co 15 min powinna ocenić prawidłowość unieruchomienia, w szczególności sprawdzić czy pasy, uchwyty, prześcieradła, kaftan bezpieczeństwa nie są założone zbyt luźno lub zbyt ciasno, a także zapewnić krótkotrwałe częściowe lub całkowite uwolnienie pacjenta od unieruchomienia w celu zmiany jego pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych w razie potrzeby.

Tymczasem mężczyzna spędził zapięty w pasy na łóżku 7 h i 23 minuty zaś w izolacji 25 h 48 minut – nie sposób bowiem uznać, że były to dwa oddzielne okresy unieruchomienia, mężczyzna opuścił izolatkę jedynie na 7 min. Warto zauważyć, że przez cały okres stosowania środków przymusu personel skontrolował osobiście stan fizyczny pacjenta jedynie kilka razy. Za wysoce niebezpieczne należy w szczególności uznać brak takiej systematycznej, bezpośredniej kontroli w przypadku unieruchomienia pasami na korytarzu. Nie możliwa jest bowiem prawidłowa ocena stanu pacjenta, w tym założenia pasów, jedynie w oparciu o monitoring wizyjny. Ponadto unieruchomienie powinno być stosowane w sposób zapewniający pacjentowi poszanowanie jego godności m.in. poprzez możliwość osłonięcia od innych pacjentów. Rażącem naruszeniem jest także brak osobistego zbadania pacjenta przed decyzją o przedłużeniu stosowania środków przymusu bezpośredniego, jak i brak uzyskania opinii innego lekarza psychiatry w tym zakresie. Jest to szczególnie niepokojące, bowiem z nagrań monitoringu nie wynika, aby przez cały okres stosowania środków przymusu mężczyzna przejawiał zachowania agresywne. W tym kontekście należy zaś pamiętać, że zgodnie z art. 18a ust. 4 uozp „przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania”. Ponadto, jak już wskazano, same powody przedłużenia zastosowania izolacji, które ujęto w dokumentacji, w ocenie KMPT nie stanowiły przesłanek określonych w art. 18 ust 1 pkt 1 i 2 uozp.

Dodatkowo zdaniem KMPT warunki w jakich mężczyzna zmuszony był załatwiać swoje potrzeby fizjologiczne naruszały jego prawo do prywatności i godziły w ludzką godność. W tym kontekście należy z całą mocą podkreślić, że prawo do ochrony godności jest podstawowym, nienaruszalnym prawem jednostki (art. 30 Konstytucji) i żadne względy, w tym trudności organizacyjne, nie uzasadniają naruszeń tego prawa. Stosując przymus bezpośredni należy bezwzględnie zadbać o poszanowanie godności pacjenta. **Niedopuszczalne jest zatem zakładanie pacjentom pieluchomajtek na podłodze korytarza, w otoczeniu innych pacjentów, jak i izolowanie pacjentów w taki sposób, że zmuszeni są załatwiać swoje potrzeby fizjologiczne na podłogę w izolatce, w której przebywają później przez kilka godzin.** Wizytujące zdają sobie sprawę, że stosowanie środków przymusu jest konieczne w celu zapewnienia bezpieczeństwa samego pacjenta lub innych osób, lecz czynność ta musi być przeprowadzona w odpowiedni, zgodny z przepisami prawa sposób i poddana stałemu nadzorowi. Należy mieć też na względzie, że stosowanie długotrwałego unieruchomienia czy izolacji jest czynnością ingerującą bezpośrednio w wolność człowieka oraz jego poczucie godności. Personel powinien zatem podjąć wszystkie wysiłki w celu ewentualnego zminimalizowania poczucia upokorzenia, czy zażenowania osoby, wobec której jest stosowane.

Biorąc pod uwagę długotrwałość zastosowanych środków przymusu, brak należytej kontroli, warunki w jakich przebywał pacjent, w tym uniemożliwienie mu załatwiania czynności fizjologicznych z poszanowaniem godności, a także fakt że pacjent był cudzoziemcem mającym problemy z komunikacją z personelem, w ocenie KMPT skala zdiagnozowanych nieprawidłowości stanowiła przykład niehumanitarnego i poniżającego traktowania.

W związku tym KMPT zaleca aktualizację wewnętrznej Procedury stosowania przymusu bezpośredniego (P-8-5-09, wydanie V z dnia 30.06.2020 r.) w zakresie zasięgania opinii przy przedłużaniu stosowania środków przymusu bezpośredniego

i jej przestrzeganie, jak i przestrzeganie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, w szczególności w zakresie:

- stosowania unieruchomienia w pomieszczeniach jednoosobowych lub w warunkach zapewniających poszanowanie godności pacjenta;
- chwilowego uwalniania pacjentów w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych;
- rzetelnego, osobistego i regularnego – co 15 min, sprawdzania stanu fizycznego pacjentów, wobec których stosowane są środki przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia lub izolacji;
- rzetelnego i osobistego badania pacjentów przez lekarzy decydujących o zastosowaniu i przedłużeniu stosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia i izolacji;
- rzetelnego, zgodnego z zapisami monitoringu wizyjnego, prowadzenia dokumentacji z zastosowania środków przymusu bezpośredniego.

Ze względu na drastyczną rozbieżność pomiędzy nagraniami monitoringu a dokumentacją medyczną, zdaniem KMPT ocena zasadności zastosowania środków przymusu bezpośredniego, o której mowa w pkt 9 Karty zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby przebywającej w szpitalu psychiatrycznym, innym zakładzie leczniczym lub jednostce pomocy społecznej stanowiącej³⁰, powinna być dokonywana nie tylko w oparciu o dokumentację, ale także nagrania monitoringu, o ile są dostępne. Tylko w ten sposób zagwarantowane zostanie w pełni rzetelne przeprowadzenie oceny całego postępowania.

W związku z licznymi uchybieniami KMPT zwraca się do Rzecznika Praw Pacjenta o przeprowadzenie kompleksowej kontroli dotyczącej stosowania środków przymusu bezpośredniego w Szpitalu Nowowiejskim.

³⁰ Załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz.U. z 2018 r., poz. 2459).

6.3. Legalność pobytu

Analiza dokumentacji pacjentów przyjętych bez zgody wykazała, że dochodziło do sytuacji, gdy decyzję w przedmiocie przyjęcia podejmował jeden lekarz psychiatra, bez zasięgnięcia opinii drugiego specjalisty w tej dziedzinie lub psychologa.

Zgodnie z art. 23 ust. 2 uozp „o przyjęciu do szpitala osoby, o której mowa w ust. 1, postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa”.

Pomimo, że cytowany wyżej przepis ustawy nie nakłada obowiązku zasięgnięcia opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa, a jedynie zalecenie do zasięgnięcia ich opinii, w ocenie KMPT opinia taka stanowi dodatkowe zabezpieczenie pacjenta przed ewentualną pomyłką lekarską i powinna być w tym przypadku powszechnym standardem. Należy mieć bowiem na względzie, że przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody stanowi głęboką ingerencję w podstawowe wolności człowieka. W takim przypadku organy władzy publicznej powinny dołożyć wszelkich starań w zakresie zapobiegania ewentualnym pomyłkom w ocenie przesłanek uzasadniających pobyt.

Warto w tym miejscu zauważyć, że w opinii CPT „osoby chore psychicznie i niepełnosprawne umysłowo – z racji swojej wrażliwości – wymagają znacznej uwagi, tak aby uniknąć wszelkich działań – czy też nie dopuścić się zaniechania – na ich szkodę. Wynika z tego, że przymusowe umieszczenie w ośrodku psychiatrycznym powinno być zawsze związane z właściwymi gwarancjami.(...) W procedurze podejmowania decyzji o przymusowym umieszczeniu w ośrodku należy zapewnić gwarancje niezależności i bezstronności, a także obiektywne ekspertyzy lekarskie³¹”.

KMPT zaleca, aby przy wydawaniu decyzji o przyjęciu pacjenta w trybie bez zgody zasięgać opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa, chyba że nie będzie to możliwe ze względu na jego nieobecność na dyżurze.

³¹ Fragment Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98) 12], § 51 i 52.

6.4. Wysłuchania online

Pandemia COVID-19 wymusiła w wielu obszarach liczne ograniczenia lub zmiany organizacyjne. Jedną z nich było wprowadzenie możliwości przeprowadzania przez sąd wysłuchania osoby przyjętej do szpitala bez swojej zgody w formie zdalnej³². Z jednej strony rozwiązanie to niewątpliwie ułatwiło możliwość szybkiego kontaktu z sądem, jednak jednocześnie doprowadziło do pewnych trudności w np. w ustaleniu statusu pacjentów przebywających w szpitalu.

Chodzi o sytuację, gdy na podstawie art. 26 uozp osoba przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez swojej zgody wyrazi następnie zgodę na taki pobyt podczas wysłuchania przez sąd. W tej sytuacji nie ma bowiem, żadnego pisemnego potwierdzenia ze strony sądu, że pacjent istotnie taką zgodę wyraził. Jak wynikało z rozmów z personelem Szpitala oczekuje wówczas jedynie na pisemną informację o umorzeniu postępowania, jednak czas oczekiwania na taką informację jest dość długi.

W Szpitalu Nowowiejskim przyjęto praktykę, że jeśli podczas wysłuchania przez sąd obecny jest lekarz, wówczas słysząc że pacjent wyraża zgodę na pobyt w szpitalu przekazuje mu formularz, w którym pacjent podpisuje zgodę na pobyt. Sytuacja staje się jednak bardziej problematyczna, gdy pacjent jest obcokrajowcem. Było tak w przypadku obywatela Hiszpanii, który został przyjęty do Szpitala 23 kwietnia 2022 r. na podstawie art. 23 uozp. W obserwacjach lekarskich z dnia 25 kwietnia 2022 r.

³² Art. 46. Ust. 1-1a uozp wskazuje, że: „w sprawach dotyczących przyjęcia osoby chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego oraz wypisania jej z takiego szpitala uczestnikami postępowania z mocy prawa oprócz wnioskodawcy są: ta osoba oraz jej przedstawiciel ustawowy (...) Osoba, której postępowanie dotyczy bezpośrednio, może być doprowadzona na rozprawę sądową na mocy zarządzenia sądowego. W tym przypadku stosuje się odpowiednio art. 547 § 2 Kodeksu postępowania cywilnego, dotyczące ubezwłasnowolnienia. Zaś zgodnie z art. 15 zys1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych; dalej: ustawa covidowa (Dz.U. z 2020r. poz. 1842 ze zm.): w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii ogłoszonego z powodu COVID-19 oraz w ciągu roku od odwołania ostatniego z nich, w sprawach rozpoznawanych według przepisów Kodeksu postępowania cywilnego rozprawę lub posiedzenie jawne przeprowadza się w formie wideokonferencji.

wpisano: „Pacjent podczas przesłuchania przez Sąd wyraził zgodę na hospitalizację. Przesłuchanie odbyło się przy udziale tłumacza języka hiszpańskiego.” Jednak do chwili zakończenia wizytacji KMPT do Szpitala nie wpłynęła informacja o umorzeniu postępowania, w związku z czym pacjent był odnotowany na liście pacjentów przebywających w oddziale bez zgody.

Kwestia jasnego określenia i formalnego potwierdzenia statusu pacjenta jest niezwykle ważna w kontekście oceny legalności jego pobytu w placówce. W obszarze tym nie powinno być wątpliwości mogących prowadzić do nadużyć.

W tym kontekście warto zwrócić uwagę, że po kontroli Sądu w 2020 r. wprowadzono procedurę dotyczącą przesyłania przez Szpital zawiadomienia o przyjęciu pacjenta w trybie bez zgody za pomocą faksu. Jak wskazano w sprawozdaniu z kontroli³³ z dnia 30 listopada 2021 roku przeprowadzonej przez Sędziego Sądu Rejonowego dla Warszawy-Śródmieścia w Warszawie: „(...) obecnie skany zawiadomień przesyłane są zaszyfrowanym e-mailem tego samego dnia, gdy następuje zgłoszenie sądowi przyjęcia lub zatrzymania osoby bez zgody, a następnie dosyłane są oryginały zawiadomień pocztą przez Szpital.”

W ocenie KMPT warto, aby tego rodzaju praktyka – tym razem ze strony Sądu – była realizowana w sytuacji gdy podczas wysłuchania online, Sąd uzna że pacjent przyjęty wcześniej bez zgody, wyraził zgodę na dalszy pobyt w placówce.

Warto też zwrócić uwagę na generalny problem, który wiąże się ze zdalną formą kontaktu. W przepisach covidowych wskazano jedynie pewnego rodzaju odstępowania od przeprowadzania rozpraw w formie zdalnej³⁴, nie wyłączano z nich jednak wprost pewnego katalogu spraw. Tymczasem przedstawiciele KMPT stoją na stanowisku, że

³³ Sygn. Wiz 423-21/21.

³⁴ Zgodnie z art. 15zszs¹ ust. 1 pkt 2-3 ustawy covidowej: „od przeprowadzenia posiedzenia zdalnego można odstąpić tylko w przypadku, gdy rozpoznanie sprawy na rozprawie lub posiedzeniu jawnym jest konieczne, a ich przeprowadzenie w budynku sądu nie wywoła nadmiernego zagrożenia dla zdrowia osób w nich uczestniczących; przewodniczący może zarządzić przeprowadzenie posiedzenia niejawnego, gdy nie można przeprowadzić posiedzenia zdalnego, a przeprowadzenie rozprawy lub posiedzenia jawnego nie jest konieczne.

przeprowadzanie posiedzenia w przypadku tak istotnych kwestii jak np. ubezwłasnowolnienie lub umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym powinno odbywać się w sposób stacjonarny, przy osobistym kontakcie składu orzekającego posiedzenia z uczestnikami postępowania.

Umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym w drastyczny sposób ingeruje w prawo człowieka do wolności i samodzielnego podejmowania decyzji dotyczących swojej osoby. Dlatego też postępowanie w tego rodzaju sprawach powinno być przeprowadzane z zachowaniem szczególnej troski w zakresie zabezpieczenia gwarancji procesowych osoby, której dotyczy.

Stan zdrowia, kondycja psychiczna i fizyczna osoby, wobec której toczy się postępowanie w sprawie ubezwłasnowolnienia lub umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym, stanowi dodatkowy argument za osobistym kontaktem, aby wyeliminować wszelkie ryzyko pominięcia lub nieuwzględnienia istotnych czynników przy podejmowaniu decyzji. Jest to zabezpieczenie zarówno dla osoby, wobec której toczy się postępowanie jak i dla sądu. Wirtualne przesłuchania/wysłuchania obarczone są wieloma barierami, które stwarza technologia. KMPT dostrzega, na bazie doświadczeń ostatnich dwóch lat, że kontakt z osobami z niepełnosprawnościami psychicznymi, sensorycznymi (np. niedowidzącymi, niedosłyszącymi), a w szczególności w zaawansowanym wieku przy użyciu technologii jest dla nich szczególnie trudny i stresujący. Nie ułatwia to budowania poprawnych relacji, nie zapewnienie bezpośredniego kontaktu, może natomiast zniekształcać prawdziwy obraz i podważać istotne elementy.

Z tego powodu w ocenie KMPT, sąd w tak ważnych sprawach jak ubezwłasnowolnienie oraz umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym powinien dokonywać ustaleń na podstawie bezpośredniego kontaktu z osobą, której sprawa dotyczy tak, aby wyeliminować wszystkie możliwe ogniwa pośrednie, które mogłyby przyczyniać się do zniekształcania prawdy.

Podobne stanowisko wyraził Instytut Legislacji i Prac Parlamentarnych Naczelnej Rady Adwokackiej w piśmie z dnia 21.03.2022 r. skierowanym do Departamentu Legislacyjnego w Ministerstwie Sprawiedliwości³⁵.

Sprawa ta pozostaje w zainteresowaniu KMPT.

6.5. Prawo do informacji

Prawo do informacji stanowi podstawową gwarancję prewencji tortur. Otrzymanie przez osobę pozbawioną wolności zrozumiałych i aktualnych informacji o istotnych kwestiach, np. przysługujących prawach, obowiązujących procedurach, sposobie składania skarg, zwiększa poczucie bezpieczeństwa, pozwala odgrywać aktywną rolę w zabezpieczeniu własnych praw, ułatwia dostęp do mechanizmów skargowych, przez co pełni rolę prewencyjną w zapobieganiu przemocy.

Za dobrą praktykę w tym zakresie niewątpliwie należy uznać stworzenie krótkiej broszury „Prawa i zasady obowiązujące pacjentów³⁶”, która była udostępniana w izbie przyjęć, w oddziałach szpitalnych jak i na stronie internetowej Szpitala. Pozytywnie ocenić należy także rozmieszczenie na oddziałach skrzynek, do których można wrzucać anonimowe ankiety satysfakcji pacjenta. Na tablicach informacyjnych na poszczególnych oddziałach znajdowały się informacje o możliwości złożenia skarg zarówno wewnątrz placówki, jak i poza nią m.in. do organu prowadzącego, NFZ, jak i do Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (RPPSP).

W tym kontekście warto zwrócić uwagę, że zdaniem CPT pacjenci psychiatryczni (a także członkowie ich rodzin lub prawni przedstawiciele) powinni mieć możliwość składania skarg w ramach systemu administracyjnego zakładu i powinni mieć prawo do kierowania skarg - na zasadzie poufności - do niezależnego podmiotu

³⁵ https://www.adwokatura.pl/admin/wgrane_pliki/file-nra015-2352022-33184.pdf

³⁶ Zarządzenie nr 17/2022 Dyrektora Samodzielnego Wojewódzkiego Zespołu Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie z dnia 1 lutego 2022 r. w sprawie ustalenia treści i wprowadzenia do stosowania dokumentu: „Prawa i zasady obowiązujące pacjentów”.

zewnątrznego³⁷. W związku z tym KMPT zachęca do poszerzenia dostępnych informacji o dane teleadresowe instytucji prawno-człowieczych: Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii 0 800 676 676), organizacji pozarządowych, właściwego miejscowo sądu opiekuńczego.

Badając kwestię dostępności do zewnętrznych organów skargowych, za niepokojące KMPT uznał informacje dotyczące ograniczenia dostępności Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Obecnie RPPSP przyjmuje pacjentów Szpitala Nowowiejskiego jedynie we wtorki. Wynika to najprawdopodobniej z reorganizacji w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta. Obecnie w województwie mazowieckim wyznaczonych jest jedynie 3 RPPSP³⁸, w związku z tym osoba, która pełni tę funkcję w Szpitalu Nowowiejskim zajmuje się także sprawami pacjentów z 13 innych placówek. Tego typu ograniczenia mogą w znacznym stopniu ograniczyć dostęp do RPPSP i sprawić, że jego nadzór na przestrzeganiem praw pacjentów będzie iluzoryczny.

W związku z powyższym KMPT zwraca się do Rzecznika Praw Pacjenta z prośbą o informacje na temat powodów wprowadzonych zmian, dane czy miało to przełożenie na liczbę skarg kierowanych do Rzeczników Praw Pacjenta Szpitali Psychiatrycznych oraz informacje czy planowane są dalsze zmiany organizacyjne w tym zakresie.

Choć jak wskazano powyżej, w placówce funkcjonuje broszura nt. praw i zasad obowiązujących pacjentów, to jednak w większości analizowanych akt pacjentów wizytujące stwierdziły braki w postaci podpisów pacjentów pod oświadczeniami o zapoznaniu z ich prawami i obowiązkami, czy kartami depozytowymi.

W dokumentach tych nie było adnotacji na temat tego, czy pacjent nie był w stanie zapoznać się z treścią dokumentów, czy po prostu odmówił ich podpisania.

³⁷ Means of restraint in psychiatric establishments for adults (Revised CPT standards), Strasbourg, 21 March 2017, CPT/Inf(2017) 6, § 12.

³⁸ Por. <https://www.gov.pl/web/rpp/województwo-mazowieckie2>

KMPT przypomina o konieczności każdorazowego zapoznawania pacjentów z ich prawami i obowiązkami oraz odbieranie ich podpisów pod wszelkim oświadczeniami, które są w stanie zrozumieć oraz mogą wyrazić w danym zakresie swoją wolę. W przypadku braku takiej możliwości w dokumentacji należy odnotować powód braku stosownego podpisu pacjenta.

W trakcie wizytacji w placówce przebywało także kilku cudzoziemców, którzy nie komunikowali się w języku polskim. Jak wynikało z deklaracji personelu, niektórzy członkowie kadry, w szczególności lekarze i psycholodzy znają m.in. angielski, francuski, hiszpański, rosyjski, czy włoski. Czasami wykorzystywany jest również translator, co potwierdziły nagrania monitoringu. Pozytywnie należy też ocenić, że na jednym z oddziałów znajdowały się informacje o prawach pacjenta w języku ukraińskim opracowane przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta.

Niestety analizując dokumentację można było znaleźć liczne wpisy wskazujące, że mimo starań personelu kontakt z niektórymi cudzoziemcami był utrudniony. W przypadku przyjęcia Ukraińca, wstępne informacje i wywiad z pacjentem zostały przeprowadzone z udziałem jego syna, który mówił po polsku. Natomiast w przypadku Hiszpana, z którym przy przyjęciu kontakt był utrudniony, wywiad został uzupełniony dopiero w kolejnych dniach dzięki rozmowie z lekarką posługującą się językiem hiszpańskim. Jego wysłuchanie przez sąd odbyło się z udziałem tłumacza. Warto jednak zwrócić uwagę, że wszelkie dokumenty dotyczące pobytu obu mężczyzn w placówce, w tym informacje o ich prawach i obowiązkach były sporządzone w języku polskim – nie było też informacji czy informacje te zostały im przekazane w zrozumiałym przez nich języku.

Wedle standardów międzynarodowych, w momencie przyjęcia i tak często, jak jest to potrzebne również później, wszystkie osoby pozbawione wolności winny być informowane pisemnie i ustnie w języku, który rozumieją, o przepisach regulujących dyscyplinę oraz ich prawa i obowiązki. Co więcej, osoby te mają prawo do posiadania pisemnej wersji przekazanych im informacji. CPT podkreśla bowiem, że każdemu

pacjentowi w czasie przyjmowania do ośrodka - oraz jego rodzinie - powinno się udostępnić broszurę opisującą zasady obowiązujące na jego terenie, a także prawa pacjenta. Pacjenci, którzy nie są w stanie zrozumieć broszury samodzielnie, powinni uzyskać stosowną pomoc³⁹. CPT zaznaczył również, że należy „zastosować specjalne środki, aby mechanizmy składania skarg były bardziej dostępne dla osób o szczególnych potrzebach, takich jak nieletnie, osób z niepełnosprawnością psychospołeczną i/lub trudnościami w uczeniu się, lub osób mających problemy z rozumieniem, mówieniem, czytaniem lub pisanem oficjalnego języka (języków) danego kraju, w tym obcokrajowców.(...) Ważne jest również, aby w razie potrzeby zapewnić im odpowiednie wsparcie”⁴⁰. W szczególności wskazane jest, aby osoby te miały możliwość skorzystania z pomocy osoby lub organu, który może im pomóc w zrozumieniu i korzystaniu z przysługujących im praw.

W związku z tym KMPT zaleca stworzenie broszury na temat praw i obowiązków pacjenta w kilku, najczęściej spotykanych wśród pacjentów Szpitala Nowowiejskiego, językach. Personel wskazywał, że w przypadku obywateli niektórych państw widać dużą aktywność i zainteresowanie ze strony przedstawicielstw dyplomatycznych. Warto zatem rozważyć zwrócenie się do nich o pomoc w przygotowaniu odpowiednich broszur informacyjnych. Ponadto w dokumentach cudzoziemców każdorazowo powinna znaleźć się informacja o tym w jakim języku pacjent się komunikuje oraz czy i w jaki sposób zostały mu przekazane najważniejsze informacje na temat pobytu w placówce.

Zaniepokojenie KMPT wzbudziła też informacja przekazana przez jedną z pacjentek, że nie została w odpowiednim czasie poinformowana o rozprawie sądowej w swojej sprawie. Jak wskazywała pacjentka – zawiadomienie, otrzymała dopiero w dniu 22.04.2022, tymczasem rozprawa miała się odbyć dzień wcześniej 21.04.2022 r. Jak wynikało z dokumentacji, dokument został wysłany z sądu 13.04.2022, zaś do Szpitala

³⁹ Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych, CPT/Inf (98)12-part, § 53.

⁴⁰ Fragment § 83 Dwudziestego siódmego Sprawozdania ogólnego [CPT/Inf (2018) 4].

wpłynął 19.04.2022 r. W dokumentacji indywidualnej pacjentki nie sposób było odnaleźć informacji, kiedy i kto z personelu przekazał jej wskazane pismo.

Tak newralgiczne kwestie, jak realizacja prawa do sądu powinny być przedmiotem szczególnej uwagi ze strony personelu. Informacja o rozprawie sądowej powinna jak najszybciej trafiać do pacjenta. KMPT zaleca, aby fakt kiedy i kto przekazał pacjentowi zawiadomienie sądowe było każdorazowo odnotowywane w dokumentacji.

6.6. Personel

Jak wynikało z rozmów z personelem, szkolenia zewnętrzne jeśli są przeprowadzane to dotyczą takich kwestii jak samoobrona czy stosowanie unieruchomień w ramach środków przymusu bezpośredniego. Zdecydowana większość szkoleń ma charakter wewnętrzny – są przeprowadzane na poszczególnych oddziałach. W latach 2021-2022 odbyły się m.in. następujące szkolenia: Prawa pacjenta na podstawie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; Stosowanie środków przymusu bezpośredniego zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego; Zasady postępowania z osobami podejrzanymi o zakażenie Covid-19, środki ochrony osobistej; Wykorzystanie własnych postaw i emocji w pracy z pacjentem; Komunikowanie się z chorym psychicznie przejawiającym zachowania agresywne i gwałtowne; Resuscytacja krążeniowo-oddechowa, stany zagrożenia życia w psychiatrii; rola terapii zajęciowej w leczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi; Społeczny aspekt depresji; Leczenie i rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie; Agresja słowna ze strony pacjenta, metody radzenia sobie z agresją.

Jednak na podstawie omówionej w niniejszym raporcie analizy z nagrań z zastosowania środków przymusu bezpośredniego i przedstawionego na nich poszanowania praw pacjenta, należy uznać, że prowadzone dotychczas szkolenia w tym obszarze nie były efektywne. Niezbędne jest zatem przeprowadzenie dodatkowych szkoleń w tym zakresie.

Niewątpliwie pozytywnie należy ocenić szkolenia dotyczące komunikacji z pacjentami, w tym agresywnymi. W ocenie KMPT warto by tego typu szkolenia z zakresu kontaktu z trudnym pacjentem były obligatoryjne na każdym oddziale. Ponadto z uwagi na specyfikę pracy, występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pacjentami oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, KMPT zaleca, by katalog oferowanych personelowi szkoleń i warsztatów wzbogacić o tematykę dotyczącą: rozwiązywania i deeskalacji konfliktów, problematyki wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku. Ważne jest także zaznajomienie pracowników z Protokołem stambulskim, czyli Podręcznikiem skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania⁴¹.

Warto, aby tego typu szkolenia były prowadzone przez podmioty zewnętrzne, bowiem jak wskazuje CPT „aktywizacja i wsparcie z zewnątrz są także konieczne w celu zapewnienia, aby personel ośrodka psychiatrycznego nie stał się zbyt wyizolowany. W związku z tym jest wysoce pożądane zapewnienie takiemu personelowi możliwości szkoleniowych poza miejscem pracy, jak również innych form aktywności⁴²”.

Jak wynikało z rozmów z personelem w placówce nie jest też dostępna superwizja świadczona przez zewnętrznego eksperta. Zwykle codzienne problemy są po prostu omawiane wewnątrz zespołu, ewentualnie personel ma świadomość, że mógłby się zwrócić o pomoc do psychologów pracujących na oddziale lub z funkcjonującej na terenie Szpitala poradni. W opinii ekspertów współpracujących z KMPT niezależnie od posiadanego doświadczenia, ze względu na charakter pracy niezbędne są superwizje dla zespołu terapeutycznego umożliwiające przepracowanie emocji, związanych z procesem terapeutycznym z trudnym pacjentem lub okresowo pojawiających się napięć w zespole terapeutycznym, które wpływają na relacje z pacjentami i ich współodczuwanie i zachowania. W opinii ekspertów KMPT w tego typu pracy

⁴¹ Najnowsza wersja z czerwca 2022 r. dostępna pod adresem: <https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/istanbul-protocol-manual-effective-0>

⁴² Ósme Sprawozdanie Ogólne CPT [CPT/Inf (98)12]; § 46.

niezbędna jest umiejętność identyfikowania przeniesień i przeciwprzeniesień, gdyż wpływa to bezpośrednio na relację z pacjentem.

KMPT zaleca zatem zapewnienie odpowiedniego wsparcia dla personelu poprzez rozbudowanie oferty szkoleniowej o zewnętrzne szkolenia z zakresu: stosowania środków przymusu bezpośredniego ze szczególnym uwzględnieniem poszanowania praw pacjenta; a także: kontaktu z trudnym pacjentem rozwiązywania i deeskalacji konfliktów, problematyki wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku; wprowadzenie zewnętrznej superwizji oraz zaznajomienie personelu z treścią Protokołu stambulskiego.

6.7. Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne

Zajęcia terapeutyczne dla pacjentów Szpitala odbywają się jedynie w dni robocze, od poniedziałku do piątku. Popołudniami lub w weekendy, gdy nie ma już terapeutów zajęciowych, pielęgniarki mogą wydać pacjentom książki czy gry planszowe. W tym kontekście należy wskazać, że zgodnie z § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych⁴³: „w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy pacjentom zapewnia się również dostęp do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną”. Także CPT zwraca uwagę na konieczność zapewnienia pacjentom szpitali psychiatrycznych szerokiego dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i terapeutycznych, obejmującego terapię zajęciową, grupową, arteterapię, muzykoterapię, ćwiczenia fizyczne⁴⁴.

Przedstawiciele KMPT zalecają zorganizowanie zajęć terapeutycznych dla pacjentów w weekendy oraz w tygodniu w godzinach popołudniowych.

Zaniepokojenie KMPT wzbudziły ograniczenia dotyczące spacerów na świeżym powietrzu. Co do zasady, spaceruje odbywają się pod opieką terapeuty zajęciowego,

⁴³ Dz. U. z 2014 r., poz. 522.

⁴⁴ Ósme Sprawozdanie Ogólne CPT [CPT/Inf (98)12]; § 37.

jeśli jest dużo chętnych to w dwóch mniejszych grupach, po godzinie. W związku z tym, że terapeuci nie pracują w weekendy, możliwość realizacji spaceru jest jedynie od poniedziałku do piątku. Co więcej, o tym czy dany pacjent może wyjść na spacer decyduje lekarz wpisując tę informację w kartę zleceń. Tym samym w placówce byli pacjenci, którzy np. od miesiąca nie byli w ogóle na świeżym powietrzu. Do wizytujących dotarły również głosy, że zimą spacery się nie odbywają, bo pacjenci nie mają dostępu do odpowiednich ubrań i obuwia.

Jak wynika z analizy dokumentacji, kwestia ograniczeń w dostępie do możliwości korzystania spacerów była także przedmiotem telefonicznych skarg kierowanych do Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. W lutym 2021 r. RPPSP zwrócił się w tej sprawie do Dyrektora Szpitala⁴⁵. W odpowiedzi⁴⁶ wskazano, że pacjenci mają możliwość korzystania z czasowego opuszczania oddziału w celu odbycia spaceru na świeżym powietrzu pod opieką personelu. Odbywa się to małymi grupkami, z zachowaniem zasad reżimu sanitarnego, o ile warunki atmosferyczne pozwalają. W przypadku oddziałów ogólnopsychiatrycznych było to zwykle 1-2 pacjentów pod opieką pracownika. W związku z czym skargę uznano za niezasadną.

W rozmowach z przedstawicielkami KMPT kierownictwo placówki wskazywało, że ze względu na otoczenie Szpitala i jego ułożenie w samym centrum miasta trudno o wyodrębnienie odpowiednio bezpiecznego miejsca, dlatego spacery mogą odbywać się tylko w niewielkich grupach, pod nadzorem terapeuty. Na terenie, który był użytkowany w trakcie wizytacji jako miejsce do spacerów, znajdowały się ławki i stół do tenisa stołowego. Dyrektor ds. Lecznictwa wskazywał, że podejmowane są działania, aby w przyszłości utworzyć też siłownię plenerową.

Eksperti współpracujący z KMT wielokrotnie wskazywali, że ograniczenia w zakresie spacerów mogą nasilać u pacjentów poczucie ograniczenia swobody i izolacji. Warto w tym miejscu odwołać się również do standardów CPT, zgodnie z którymi „pacjenci

⁴⁵ Pismo z dnia 16 lutego 2021 r. sygn. RzPP-DZP-RzSP-WH.470.45.2021.

⁴⁶ Pismo z dnia 19 lutego 2021 r. sygn. NP/03/2021.

powinni mieć regularny dostęp do właściwie wyposażonych pokoi rekreacyjnych oraz mieć możliwość codziennych ćwiczeń na świeżym powietrzu⁴⁷”. Co więcej, CPT podczas wizytacji polskich placówek psychiatrycznych w 2017 r. zalecił, by wszyscy pacjenci mogli korzystać z „nieograniczonego dostępu do ćwiczeń na zewnątrz w ciągu dnia, chyba że aktywności związane z leczeniem wymagają, że muszą przebywać na oddziale⁴⁸”.

W ocenie KMPT kluczowe jest stworzenie miejsca na spacer, które będzie zapewniało odpowiedni poziom bezpieczeństwa, a tym samym umożliwi znacznie częściej i większej liczbie pacjentów korzystania z tej formy spędzania wolnego czasu. W obecnym stanie należy także wyznaczyć osobę, która będzie umożliwiała pacjentom spacer w weekendy, gdy nie ma już terapeutów zajęciowych.

Na każdym oddziale pomoc psychologiczną świadczy zwykle dwóch psychologów – każdy na część etatu. Do ich dyspozycji jest zwykle jeden niewielkiej wielkości gabinet. W takich warunkach trudno o zapewnienie poufności i odpowiedniego komfortu rozmowy z pacjentem. Podejmowane działania ograniczają się głównie do diagnostyki i rozmów indywidualnych. Brakuje grupowych oddziaływań. Co prawda na jednym z oddziałów znajdowała się informacja o spotkaniach społeczności, jednak nie były one prowadzone na wszystkich oddziałach, lub dopiero planowano, że mają wrócić w związku ze zniesieniem obostrzeń covidowych.

W ocenie ekspertów współpracujących z KMPT, społeczność terapeutyczna pozwala rozładować napięcia zarówno wśród pacjentów jak i w relacjach pacjent – personel, warto więc by tego typu spotkania się odbywały. W przypadku planowanych remontów warto uwzględnić potrzeby personelu przy projektowaniu pomieszczeń, które służyć będą oddziaływaniom psychologicznym.

⁴⁷ Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych, CPT/Inf (98)12-part, § 37.

⁴⁸ Raport CPT z wizyty w Polsce, CPT/Inf (2017) 62, § 125.

6.8. Dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

Jak już wskazywano, niedawno zakończył się remont trzech z czterech oddziałów ogólnopsychiatrycznych. Co do zasady, były one dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Jak wskazywała dyrekcja placówki, w przyszłości planowany jest także remont oddziału I. Warto, aby podczas jego planowania i modernizacji zostały spełnione następujące standardy:

- szerokość drzwi nie mniejsza niż 90 cm,
- progi do wysokości 2 cm (pożądany byłby brak progów),
- wysokość klamek, włączników światła, przycisków itp. - 90-120 cm,
- przestrzeń manewrowa – 150 cm x 150 cm,
- w sanitariatach:
 - brodzik nieposiadający progu lub do 2 cm wysokości,
 - wysokość muszli ustępowej powinna oscylować między 45 a 55 cm,
 - poręcz przy muszli ustępowej zainstalowana w odległości 40 cm od osi muszli do osi poręczy, na wysokości 70-85 cm (mierzone od wierzchu górnej poręczy),
 - umywalka na wysokości 85 cm – górna krawędź i 70 cm – dolna krawędź z możliwością podjazdu wózkiem,
 - lustra w łazienkach zawieszane na wysokości do 100 cm od posadzki (dolna krawędź; pożądane byłoby lustro umożliwiające ich pochylenie),
 - stosowanie baterii jednouchwytowych z wydłużoną rączką lub na fotokomórkę, ułatwiającą korzystanie z nich osobom z niedowładem kończyn górnych,
 - uchwyt do papieru umieszczony na wysokości do 120 cm,
- w jadalni wysokość stołu powinna oscylować między 67-80 cm (miejsce na nogi osoby siedzącej na wózku powinno wynosić min. 30 cm),
- tablice informacyjne powinny znajdować się na wysokości od 80 cm (dolna krawędź) do 180 cm (górna krawędź).

Powyższe standardy zostały opracowane we współpracy z Fundacją Polska Bez Barier i uznane za optymalne z punktu widzenia potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Przedstawiciele KMPT podkreślają, że zgodnie z przyjętą w dniu 1 sierpnia 1997 r. przez Sejm RP Kartą Praw Osób Niepełnosprawnych⁴⁹, osoby z niepełnosprawnościami mają prawo życia w środowisku wolnym od barier funkcjonalnych. Nadto Polska w dniu 6 września 2012 r. ratyfikowała przyjętą w dniu 13 grudnia 2006 r. przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych⁵⁰. Zgodnie z jej treścią należy umożliwić osobom z niepełnosprawnościami niezależne życie i pełny udział we wszystkich jego sferach. Zarówno wymieniona Karta, jak i Konwencja dotyczą również osób pozbawionych wolności, jak i pacjentów oraz środowiska stworzonego w miejscu ich pobytu. W związku z powyższym KMPT zaleca pełne dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami podczas najbliższych remontów placówki.

6.9. Sytuacja związana z pandemią Covid-19

W trakcie trwania pandemii Covid-19 w placówce kilkakrotnie dochodziło do przypadków zakażeń. Przez pewien czas w placówce funkcjonował tzw. oddział buforowy, później z niego zrezygnowano. Pacjenci w złym stanie zdrowia byli przekazywani do innych placówek. Zakażony personel nie świadczył pracy w Szpitalu.

W dniu 6 kwietnia 2022 r. przedstawiciele Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Warszawie przeprowadzili kontrolę interwencyjną w związku z informacją o niewystarczającym przestrzeganiu obostrzeń sanitarno-epidemiologicznych dotyczących Covid-19 w IV oddziale psychiatrycznym. Chodziło o pacjentkę przyjętą w grudniu 2021 r., której w dniu przyjęcia wykonano test antygenowy. Dał on wynik negatywny, ale 10 dni po przyjęciu pacjentka zgłosiła pogorszenie samopoczucia. Wykonany wówczas test dał wynik pozytywny. Pacjentka

⁴⁹ M. P. z 1997 r. Nr 50, poz. 475.

⁵⁰ Dz. U. z 2012 r., poz. 1169.

została umieszczona w sali jednoosobowej, a dzień później przewieziona do szpitala w Siedlcach. U pacjentów z kontaktu z zakażoną pacjentką wykonano testy antygenowe. W przypadku 4 osób były pozytywne. W dniu uzyskania pozytywnego wyniku testu przez pierwszą pacjentkę Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych zgłosił podejrzenie o wystąpieniu ogniska epidemicznego na oddziale. Następnego dnia wstępny raport o podejrzeniu lub wystąpieniu ogniska zakażeń wpłynął do PSSE w Warszawie. Wskazano w nim, że podjęto działania zapobiegawcze i przeciwepidemiczne: wstrzymano przyjęcia do oddziału; oddział został poddany kwarantannie; personel pracował w środkach ochrony osobistej; pomieszczenia były sukcesywnie poddawane dezynfekcji.

W trakcie kontroli PSSE w kwietniu 2022 r. kontrolerzy PSSE zweryfikowali funkcjonujące w placówce procedury oraz realizację planu szkoleń personelu z zakresu ich przestrzegania. Jak wskazano w protokole: „W dniu kontroli stan sanitarny oddziału nie wzbudził zastrzeżeń”. W doraźnych zaleceniach, uwagach i wnioskach wskazano jedynie na potrzebę zapewnienia w świetlicy kanapy z powierzchnią umożliwiającą mycie i dezynfekcje oraz kontynuację szkoleń personelu z zakresu procedur sanitarno-higienicznych, zgodnie z harmonogramem na 2022 r.

Kontrola przeprowadzona przez PSSE była wynikiem skargi jaką córka pacjentki skierowała m.in. do Dyrektora Szpitala Nowowiejskiego, Ministra Zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta. W odpowiedzi na pismo skarżącej Dyrektor Szpitala poinformował⁵¹, że personel przestrzegał wszelkich możliwych do zastosowania i obowiązujących w Szpitalu procedur oraz zasad profilaktyki zakażeń powodowanych przez SARS-Cov-2, co potwierdziła interwencyjna kontrola sanepidu.

Warto jednak zauważyć, że przeprowadzona przez KMPT analiza omówionych w niniejszym raporcie nagrań z zastosowania środków przymusu bezpośredniego z kwietnia 2022 r. wykazała, że nie wszyscy członkowie personelu Szpitala stosowali

⁵¹ Pismo z dnia 11 kwietnia 2022 r. sygn. NP/16/2022.

maseczki ochronne. W tym kontekście należy przypomnieć, że wymóg zakrywania przy pomocy maseczki, ust i nosa w budynkach, w których jest prowadzona działalność lecznicza wynikał w tym czasie z § 7 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 25 marca 2022 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu zagrożenia epidemicznego⁵². Jego obowiązywanie jest systematycznie przedłużane⁵³.

W związku z powyższym KMPT zaleca przestrzeganie wymogów sanitarnych wskazanych w rozporządzeniach dotyczących ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu zagrożenia epidemicznego, w tym zakrywanie ust i nosa przez personel placówki.

7. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca:

I. Dyrektorowi Samodzielnego Wojewódzkiego Zespołu Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie:

1. Zmianę praktyki stosowania przymusu bezpośredniego w szpitalu, poprzez:
bezwzględne przestrzeganie przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, w szczególności w zakresie:
 - stosowania unieruchomienia w pomieszczeniach jednoosobowych lub w warunkach zapewniających poszanowanie godności pacjenta;
 - chwilowego uwalniania pacjentów w celu zmiany pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych;

⁵² Dz.U. z 2022 r., poz. 679.

⁵³ Na podstawie § 1 rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 maja 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu zagrożenia epidemicznego (Dz.U. z 2022 r., poz. 1144), nakaz noszenia maseczek obowiązuje do 31 sierpnia 2022 r.

- rzetelnego, osobistego i regularnego – co 15 min, sprawdzania stanu fizycznego pacjentów, wobec których stosowane są środki przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia lub izolacji;
 - rzetelnego i osobistego badania pacjentów przez lekarzy decydujących o zastosowaniu i przedłużeniu stosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia i izolacji;
 - rzetelnego, zgodnego z zapisami monitoringu wizyjnego, prowadzenia dokumentacji z zastosowania środków przymusu bezpośredniego;
 - dokonywania oceny zasadności zastosowania środków przymusu bezpośredniego na podstawie analizy nagrań monitoringu z zastosowania środków przymusu, o ile są dostępne;
2. aktualizację wewnętrznej „Procedury stosowania przymusu bezpośredniego” (P-8-5-09, wydanie V z dnia 30.06.2020 r.) w zakresie zasięgnięcia opinii drugiego lekarza przy przedłużaniu stosowania środków przymusu bezpośredniego i jej przestrzeganie;
 3. zapewnienie odpowiedniego wsparcia dla personelu poprzez rozbudowanie oferty szkoleniowej o zewnętrzne szkolenia z zakresu: stosowania środków przymusu bezpośredniego ze szczególnym uwzględnieniem poszanowania praw pacjenta; a także: kontaktu z trudnym pacjentem rozwiązywania i deeskalacji konfliktów, problematyki wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku; wprowadzenie zewnętrznej superwizji oraz zaznajomienie personelu z treścią Protokołu stambulskiego;
 4. zasięgnięcie opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa przy wydawaniu decyzji o przyjęciu pacjenta w trybie bez zgody, chyba że nie będzie to możliwe ze względu na jego nieobecność na dyżurze;
 5. zaprzestanie praktyki umieszczania pacjentów na korytarzach i świetlicach w celu wzmożonego nadzoru nad ich stanem;

6. informowanie pacjentów o możliwości otrzymania artykułów higienicznych, w tym środków menstruacyjnych;
7. demontaż krat okiennych i zastąpienie ich innego rodzaju zabezpieczeniami, które umożliwią bezpiecznie wietrzenie pomieszczeń - przy okazji przeprowadzania kolejnych modernizacji Szpitala;
8. przegląd monitoringu pod kątem synchronizacji znaczników czasu i ustawienia prawidłowych dat;
9. poszerzenie informacji o instytucjach skargowych o dane teleadresowe: Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii 0 800 676 676), organizacji pozarządowych, właściwego miejscowo sądu opiekuńczego;
10. każdorazowe zapoznawanie pacjentów z ich prawami i obowiązkami oraz odbieranie ich podpisów pod wszelkimi oświadczeniami, które są oni w stanie zrozumieć oraz mogą wyrazić w danym zakresie swoją wolę; odnotowywanie w dokumentacji ewentualnych trudności w tym zakresie;
11. stworzenie broszury na temat praw i obowiązków pacjenta w kilku językach, najczęściej spotykanych wśród pacjentów Szpitala Nowowiejskiego;
12. odnotowywanie w dokumentacji indywidualnej cudzoziemców w jakim języku pacjent się komunikuje, oraz czy i w jaki sposób zostały mu przekazane najważniejsze informacje na temat pobytu w placówce;
13. każdorazowe odnotowywanie w dokumentacji informacji o przekazaniu pacjentom zawiadomień sądowych;
14. zorganizowanie zajęć terapeutycznych dla pacjentów w weekendy oraz w tygodniu w godzinach popołudniowych;
15. stworzenie miejsca do spacerów, które będzie zapewniało odpowiedni poziom bezpieczeństwa, a tym samym umożliwi znacznie częściej i większej liczbie pacjentów możliwość korzystania z tej formy spędzania wolnego czasu;
16. umożliwienie pacjentom skorzystania z możliwości wyjścia na spacer także w weekendy;

17. wprowadzenie spotkań społeczności terapeutycznej na każdym z oddziałów;
18. systematyczny przegląd pomieszczeń pod kątem przeprowadzenia drobnych remontów;
19. uzupełnienie wyposażenia pokoi w meble, które umożliwią każdemu pacjentowi przechowywanie rzeczy osobistych;
20. uwzględnienie, podczas planowania najbliższych remontów, potrzeb personelu przy projektowaniu pomieszczeń, które służyć będą oddziaływaniom psychologicznym, tak aby zapewniały one komfortowe warunki do przeprowadzania rozmów z zachowaniem poufności;
21. pełne dostosowanie placówki, podczas najbliższych remontów, do potrzeb osób z niepełnosprawnościami;
22. przestrzeganie wymogów sanitarnych wskazanych w rozporządzeniach dotyczących ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu zagrożenia epidemicznego, w tym zakrywanie ust i nosa przez personel placówki.

II. Marszałkowi Województwa Mazowieckiego:

1. udzielenie wsparcia finansowego niezbędnego do realizacji powyższych zaleceń.

III. Prezesowi Sądu Okręgowego w Warszawie:

1. przeprowadzanie posiedzeń w przypadku tak istotnych kwestii jak ubezwłasnowolnienie lub umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym w sposób stacjonarny, przy osobistym kontakcie Sądu z uczestnikami postępowania.

Ponadto na podstawie art. 20 OPCAT oraz art. 1 ust. 4 w zw. z art. 13 ust.1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich⁵⁴, KMPT zwraca się do Rzecznika Praw Pacjenta z prośbą o informacje na temat powodów zmian

⁵⁴ Tekst jednolity: Dz. U. z 2020 r. poz. 627.

prowadzących do ograniczenia liczby Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, a także dane czy miało to przełożenie na liczbę skarg kierowanych do Rzeczników Praw Pacjenta Szpitali Psychiatrycznych oraz informacje czy planowane są dalsze zmiany organizacyjne w tym zakresie.

W związku z licznymi uchybieniami w zakresie stosowania środków przymusu bezpośredniego na podstawie art. 1 ust. 4 w zw. z art. 12 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich, KMPT zwraca się również do Rzecznika Praw Pacjenta o przeprowadzenie kompleksowej kontroli dotyczącej stosowania środków przymusu bezpośredniego w Szpitalu Nowowiejskim.

Opracowała: Justyna Zarecka

Za zespół wizytujący podpisuje:

Przemysław Kazimirski
Dyrektor Zespołu
/-podpisano elektronicznie/