



Warszawa, 18-10-2022 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH
Krajowy Mechanizm Prewencji**

KMP.574.4.2022.KK

**Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji
Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego
im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku**

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 wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich

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).

za pomocą działającego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm)².

KMPT ma dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań” w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa – strony, gdzie przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem³. Z kolei przez „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.

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

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.

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

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 Krajowego Mechanizmu 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 23-26 maja 2022 r. Krajowy Mechanizm Prewencji

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 ?.

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.

Tortur przeprowadził wizytację Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku (zwanego dalej: placówką, Szpitalem).

W skład zespołu wizytującego wchodził: Maria Darul (przedstawicielka Biura Pełnomocnika Terenowego Rzecznika Praw Obywatelskich w Gdańsku, prawnik) oraz Klaudia Kamińska i Marcin Kusy (prawnicy). W wizytacji uczestniczyła również ekspert zewnętrzna Agnieszka Welento-Nowacka (psychiatra). Wyniki jej ekspertyzy zostały włączone w treść raportu.

Celem wizytacji KMPT, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzenie sposobu traktowania osób przebywających w Szpitalu, w celu wzmocnienia, jeśli to niezbędne, ich ochrony przed torturami oraz innym okrutnym, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawienie 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 ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- a) przeprowadzono rozmowy z dr n. ekonom. Marcinem Kaszubskim – Dyrektorem Naczelnym Szpitala, z Jędrzejem Nowaczykiem – Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa oraz z Arkadiuszem Bobowskim – Zastępcą Dyrektora ds. Pielęgniarstwa;

¹⁰ Dz.U. z 2020 r, poz. 685.

- b) przeprowadzono rozmowy z wybranymi pracownikami oraz pacjentami Szpitala;
- c) przeprowadzono rozmowę z Dorotą Marcinkowską - Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego przy Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku;
- d) dokonano oglądu wybranych oddziałów Szpitala;
- e) dokonano analizy dokumentacji;
- f) wykonano dokumentację fotograficzną.

Przedstawiciele KMPT poinformowali Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa oraz Zastępcę Dyrektora ds. Pielęgniarstwa o wstępnych ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności oraz wysłuchali ich uwag i wyjaśnień.

Podczas wizytacji w przedmiocie zainteresowania KMPT każdorazowo pozostają zagadnienia związane m.in. z: legalnością pobytu pacjentów w placówce, ich traktowaniem oraz dyscyplinowaniem przez personel, prawem do informacji, mechanizmem skargowym, możliwością utrzymywania kontaktu z osobami spoza placówki, ochroną zdrowia, a także warunkami bytowymi.

Członkom zespołu wizytującego umożliwiono dostęp do wszystkich pomieszczeń i wykonanie niezbędnych czynności, zgodnie z mandatem określonym w OPCAT.

W niniejszym raporcie uwzględniono jedynie te obszary, które w ocenie przedstawicieli KMPT wymagają poprawy. Raport zawiera ponadto sygnalizowane problemy o charakterze systemowym, wymagające zmiany obowiązującego prawa lub praktyki jego stosowania oraz mocne strony wyróżniające placówkę na tle pozostałych.

3. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. pacjent, pracownik placówki, członek rodziny, inna osoba) lub organizacja, która przekazała KMPT informację, nie może ponieść jakiegokolwiek 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 jakiegokolwiek sankcji przeciwko jakiegokolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiegokolwiek informacji, prawdziwej bądź fałszywej i żadna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób.

4. Ogólna charakterystyka placówki

Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Podstawowym celem Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych służących poprawie jakości życia, w zakresie leczenia zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania oraz leczenie uzależnień, a także promocja zdrowia psychicznego.

Podmiotem tworzącym Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. Tadeusza Bilikiewicza jest Samorząd Województwa Pomorskiego. W skład Szpitala wchodzi: oddziały psychiatrii ogólnej, oddział dzienny, oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, oddział dla dzieci i młodzieży, oddział psychiatrii sądowej oraz oddział terapii uzależnień alkoholowych.

W zainteresowaniu KMPT podczas wizytacji pozostawały oddziały psychiatrii ogólnej. Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Gdańsku dysponuje 6 oddziałami całodobowymi z zakresu psychiatrii ogólnej przeznaczonymi dla osób dorosłych. W dniu wizytacji jeden z oddziałów był w trakcie remontu (19B). Pięć

pozostałych oddziałów (19D, 20A, 20B, 20C oraz 20D) posiadało 285 miejsc. W trakcie wizytacji w placówce przebywało 51 osób hospitalizowanych „bez zgody”.

5. Mocne strony

Dobra praktyką zauważoną przez Krajowy Mechanizm w placówce jest zapewnienie personelowi dostępu do sygnalizacji przywoławczej znajdującej się na każdym wizytowanym oddziale. Takie rozwiązanie w opinii KMPT z pewnością przyczyni się do zwiększenia bezpieczeństwa personelu placówki, a co za tym idzie także poprawy komfortu pracy.

Inną zaobserwowaną przez KMPT mocną stroną jest przebywający na Izbie Przyjęć zespół ratownictwa medycznego, który wspomaga personel w sytuacjach nagłych jak reanimacja czy ryzyko agresji. W sytuacjach braku odpowiedniej liczby personelu w oddziałach w/w zespół interwencyjny wspomaga także kadrę przy stosowaniu przymusu bezpośredniego. Takie rozwiązanie zabezpiecza personel Szpitala i może eliminować problemy z dostępnością personelu przy stosowaniu środków przymusu bezpośredniego.

6. Problemy systemowe

6.1 Instalacja przyzywowa

Jednym z elementów ochrony praw pacjentów weryfikowanym każdorazowo przez KMPT w trakcie wizytacji placówek psychiatrycznych, jest ich bezpieczeństwo, które powinno być traktowane priorytetowo. Ważnym narzędziem w tym zakresie jest sprawnie funkcjonująca i łatwo dostępna dla pacjentów i personelu instalacja przyzywowa. Jak wynika z ustaleń zespołu wizytującego sygnalizacja taka dostępna jest dla personelu pielęgniarskiego i znajduje się w każdej z dyżurek oddziałowych. Nie mniej jednak ważne jest również, aby także pacjentom zapewnić takie urządzenia.

Należy podkreślić, że instalacja taka umożliwia szybką interwencję personelu medycznego w sytuacjach kryzysowych związanych z nagłymi zapaściami zdrowotnymi pacjentów. Zgodnie z Konwencją o Prawach Osób Niepełnosprawnych montaż sygnalizacji alarmowo-przyzywowej ma także szczególne znaczenie dla osób z niepełnosprawnościami, które powinny mieć zapewnioną szeroko rozumianą dostępność umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi.

Zdaniem KMPT przyciski alarmowo-przyzywowe powinny znajdować się we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez chorych (łazienki, pokoje łóżkowe, pomieszczenia jednoosobowe do wykonywania przymusu bezpośredniego m.in. w postaci izolacji).

6.2 Brak podstaw prawnych do przeprowadzania przeszukań (kontroli) pacjenta oraz jego rzeczy

Zgodnie z „Zasadami przyjmowania pacjentów do Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Gdańsku (Procedura CO1)” możliwe jest przeprowadzanie kontroli pacjenta oraz jego rzeczy pomimo, że żaden przepis rangi ustawy nie upoważnia pracowników tych placówek do ich dokonywania. Z treści zasad wynika:

- „W przypadku gdy nie sprawdzono rzeczy pacjenta w Izby Przyjęć, personel przyjmujący pacjenta w oddziale, w obecności Ratowników medycznych dokonuje przeglądu rzeczy pacjenta. Wykonanie tej czynności jest konieczne w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi, innym pacjentom oraz personelowi. Przed dokonaniem przeglądu należy uprzedzić o tym fakcie pacjenta i podjąć próbę uzyskania jego zgody na tę czynność oraz poinformować o przyczynach

kontroli. Czynność należy wykonać z poszanowaniem praw pacjenta” (pkt 5.2)

- „W przypadku uzyskania informacji od lekarza dyżurnego o możliwości stwarzania przez pacjenta zagrożenia dla bezpieczeństwa własnego lub innych osób, personel Izby Przyjęć po uprzedzeniu pacjenta i podjęciu próby uzyskania jego zgody, sprawdza czy pacjent posiada przedmioty, które można uznać za niebezpieczne w celu ich odebrania i zabezpieczenia. Przedmioty i substancje uznane podczas kontroli za niebezpieczne oddane zostają osobom towarzyszącym pacjentowi (za jego zgodą) lub przekazane do depozytu lub umieszczone w sejfie w Izbie Przyjęć. Kontrolę należy przeprowadzić z poszanowaniem praw pacjenta” (pkt 4.3.10).

Natomiast z Regulaminu odwiedzin w oddziałach psychiatrycznych wizytowanej jednostki wynika, że „(...) Odwiedzający są zobowiązani zgłosić do kontroli rzeczy i artykuły spożywcze, które zamierzają przekazać pacjentowi podczas odwiedzin (...)” (pkt 8).

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur jest świadomy konieczności zapewnienia bezpieczeństwa w placówce. Mimo tego, tak niezwykle inwazyjne oraz potencjalnie poniżające środki jak kontrola osobista wymagają odpowiedniego umocowania prawnego w akcie rangi ustawy oraz uzasadnienia. Dokonywanie kontroli osobistych jest ingerencją władzy publicznej w sferę prawa do prywatności, nietykalności i wolności osobistej. Samodzielne uregulowanie możliwości przeprowadzania kontroli osobistych bez upoważnienia ustawowego narusza konstytucyjne prawa i wolności człowieka, a także art. 8 Europejskiej Konwencji Podstawowych Praw i Wolności.

Kontrola osobista (przeszukanie osoby) stanowi również daleko posuniętą ingerencję w sferę intymności jednostki. Może ona zazwyczaj - jak wskazuje praktyka - polegać na oględzinach ciała, sprawdzeniu odzieży, obuwia. Intymność jednostki doznaje więc w tym przypadku istotnych ograniczeń, skoro jej ciało może stać się przedmiotem oględzin innych osób. Z art. 47 Konstytucji RP wynika zaś, że każdy ma prawo do ochrony życia prywatnego. Zgodnie z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP ograniczenie tego prawa może zostać ustanowione tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy jest konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ingerencja w prawo do prywatności powinna więc mieć swoją precyzyjną podstawę w ustawie¹¹.

W ocenie KMPT materia kontroli osobistej i przeszukań powinna w sposób precyzyjny i kompletny zostać uregulowana na poziomie ustawy. Przepisy ustawy powinny obejmować zarówno wprowadzenie możliwości dokonywania kontroli osobistych w szpitalach psychiatrycznych, precyzyjne zdefiniowanie pojęcia „kontrola osobista” czy też pojęcia „przeszukanie osoby”, jak również regulację sposobu przeprowadzenia owej kontroli (przeszukania) oraz adekwatnych środków zaskarżenia tej czynności. Regulacji ustawowej wymagają także kwestie przeszukań pomieszczeń, paczek oraz innych osobistych rzeczy pacjentów.

7. Obszary wymagające poprawy

7.1 Dostęp do opieki medycznej innej niż psychiatryczna

W szpitalu zapewniona jest stała dostępność lekarzy takich jak internista, neurolog, chirurg, dentysta oraz położnej. Ponadto pacjenci mogą uzyskać

¹¹ Argumentacja przedstawiona przez RPO we wniosku do Trybunału Konstytucyjnego z dnia 29.08.2014 r. w sprawie przepisów regulujących kontrole osobistą (sygn. II.519.344.2014.ST).

konsultacje innych specjalistów, które są realizowane poza szpitalem. W trakcie wizytacji nie otrzymano informacji od personelu dotyczących konkretnych placówek udzielających takich świadczeń. Ekspertka KMPT została poinformowana, że są one załatwiane przez personel lekarski w zależności od dostępności.

Niewątpliwie, ułatwieniem dla personelu i pacjentów byłoby wskazanie konkretnych placówek udzielających zewnętrznych świadczeń lub nawet podpisanie stałych umów z najczęściej zlecanymi specjalistami, którzy mogliby w razie potrzeby i możliwości udzielać konsultacji w szpitalu lub w wyznaczonej poradni. Znacznie usprawniłoby to zlecenie dodatkowych konsultacji. Dodatkowo zdaniem ekspertki KMPT wskazane byłoby odnotowywanie zlecenia konsultacji w karcie zleceń/badań.

Jak ustalono, pacjenci dowożeni są na konsultacje transportem własnym – 1 karetka, która obsługuje szpital do godziny 17. Po tej godzinie transport medyczny jest organizowany przez firmę zewnętrzną. Karetka zewnętrzna nie ma obsady lekarskiej (jest w niej wyłącznie ratownik).

Jak ustaliła ekspertka KMPT, problemem zgłaszanym przez personel szpitala w zakresie organizowania konsultacji zewnętrznych jest utrudniona możliwość ich uzyskania, zwłaszcza w sytuacjach nagłych czy też potencjalnego zagrożenia życia. Personel zgłaszał problemy w komunikacji z zewnętrznym przewoźnikiem. Czasem czas oczekiwania na karetkę zewnętrzną wynosił kilka godzin. Zdaniem ekspertki w sytuacji dyżurowej, kiedy lekarz ma pod opieką dużą liczbę pacjentów, a personel pielęgniarski jest również ograniczony, jest to czas stanowczo za długi.

Mając powyższe na uwadze KMPT rekomenduje dyrekcji szpitala zrewidowanie dotychczasowych zasad współpracy z przewoźnikiem zewnętrznym w opisywanej kwestii.

7.2 Dokumentowanie obrażeń

W przypadku przyjęcia pacjenta, który posiada obrażenia są one odnotowywane podczas badania wstępnego zarówno przez personel lekarski, jak i pielęgniarski. Do dokumentacji nie jest dołączona karta, która by w sposób graficzny pozwalała dokumentować miejsca obrażeń. Obrażenia ciała dokumentowane są poprzez opisanie zmian w dokumentacji medycznej. Nie są wykonywane zdjęcia zmian, co byłoby wskazane, oczywiście za zgodą pacjenta. Jest to istotne i pomocne pacjentom w dochodzeniu ewentualnych roszczeń (warto też robić kilka kopii takiej dokumentacji a przynajmniej jedną przekazać pacjentowi na nośniku zewnętrznym).

Jak wynika z ustaleń, osoba która posiada obrażenia może uzyskać wsparcie psychologa. Jeśli pacjent przyjęty do oddziału jest ofiarą molestowania seksualnego jest otaczany specjalną opieką i ochroną. Cały personel zwraca szczególną uwagę na bezpieczeństwo takiego pacjenta, czy osoba ta nie jest zaczepiana i czuje się bezpiecznie i komfortowo. W miarę potrzeby osoba taka przenoszona jest na oddział jedнопłciowy.

W kontekście prawidłowego dokumentowania obrażeń zdaniem KMPT ważne jest zaznajomienie pracowników z Protokołem stambulskim, czyli Podręcznikiem skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania. Protokół ten wskazuje m.in w jaki sposób należy dokumentować wszelkie urazy poprzez nanoszenie ich na tzw. mapy ciała. Skuteczna dokumentacja jest bowiem jedną z

najbardziej fundamentalnych kwestii dotyczących ochrony przed torturami, a Protokół Stambulski stanowi podstawowe narzędzie dostarczające informacji i wskazówek, jak identyfikować i dokumentować przypadki stosowania tortur lub innego okrutnego traktowania albo karania¹². W ocenie przedstawicieli KMPT forma dokumentowania obrażeń określona w Protokole Stambulskim jest konieczna we wszystkich miejscach detencji. Celem badania jest bowiem nie tylko ustalenie stanu zdrowia danej osoby, ale również ujawnienie i odpowiednie udokumentowanie wszelkich śladów mogących świadczyć o poddaniu jej przemocy. Brak udokumentowania może prowadzić do sytuacji, że osobie pozbawionej wolności bardzo trudno będzie udowodnić fakt niewłaściwego traktowania np. ze strony doprowadzających ją do placówki osób. Przedstawiciele personelu medycznego, jako osoby dysponujące specjalistyczną wiedzą oraz w wielu wypadkach mające bezpośredni kontakt z potencjalną ofiarą przemocy, powinni wykazać zatem szczególne zainteresowanie w zakresie występujących u pacjentów dolegliwości i śladów na ciele.

Na kwestię stosowania map ciał i odpowiedniego dokumentowania wszelkich urazów zwrócił uwagę Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom (CPT) podczas wizyty w Polsce wskazując, że rejestracja badań lekarskich w przypadku obrażeń powinna być wykonywana przy pomocy specjalnego formularza przygotowanego na takie potrzeby, zawierającego zarysy sylwetki do zaznaczania umiejscowienia obrażeń, które będą przechowywane w

¹² Zob. Raport Podkomitetu ONZ ds. Zapobiegania Torturom oraz Innemu Okrutnemu, Nieludzkiemu, Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu z wizyty w Peru, 9 sierpnia 2017 r., CAT/OP/PER/1, § 20; Raport z wizyty SPT na Ukrainie, 16 marca 2016 r., CAT/OP/UKR/1, § 46-48; Raport SPT z wizyty w Brazylii, 5 lipca 2012 r., CAT/OP/BRA/1, § 38-39.

kartotece medycznej. Także zdjęcia, jeśli zostały zrobione, powinny zostać zamieszczone w dokumentacji medycznej¹³.

7.3 Dokumentacja prowadzona w Szpitalu

Notatki lekarskie są sporządzane codziennie, a pielęgniarskie dwa razy dziennie. Nie ma odrębnej dokumentacji psychologicznej, a wpisy przez psychologów dokonywane są wyłącznie w sytuacji konieczności opisu wykonanej diagnostyki w kartach notatek lekarskich. Pozostałe czynności wykonywane z pacjentem przez psychologa nie są dokumentowane.

W dokumentacji medycznej nie ma również rozpisanego podczas przyjęcia planu leczenia, który wyszczególniałby czynności, plany czy formy terapii, jakie powinny zostać zastosowane w danym przypadku. W dokumentacji nie znajdują się również plany terapii zajęciowej ani karty terapii zajęciowej, które dokumentowałyby aktywność pacjenta podczas tej formy terapii. Zdaniem ekspertki KMPT indywidualny plan terapii winien zawierać informacje jakie oddziaływania są planowe względem pacjenta w trakcie pobytu w szpitalu. Dotyczy to takich oddziaływań jak planowana farmakoterapia, diagnostyka, działania socjalne, procedury pielęgniarskie czy psychoterapeutyczne. Wskazane jest również umieszczenie w dokumentacji oceny planu terapeutycznego pod koniec leczenia/przed wypisem. Indywidualny plan terapii powinien dotyczyć każdego pacjenta, niezależnie od możliwości terapeutycznych oddziała.

KMPT zaleca dokonywanie regularnych adnotacji dotyczących przebiegu procesu terapii zajęciowej i interwencji psychologicznych.

W historii jednego z pacjentów nie było wpisu dotyczącego podania leku, a jedynie adnotacja, że leki mają być podane według karty zleceń. Następnego dnia

¹³ Zob. § 80 Raportu CPT z 2017 r. [CPT/Inf (2018) 39].

lek nie został podany, co również nie zostało odnotowane w dokumentacji. Dopiero notatka z kolejnego dnia wskazuje na podanie leku. Sytuacja dotyczy leku w iniekcji, którego podawanie jest zależne od stanu pacjenta. Powinno być to w związku z tym dokładnie odnotowywane.

W ocenie ekspertki również niedopuszczalna jest sytuacja, w której nie odnotowano, w dniu zdarzenia, sytuacji niepodania leków ze względu na zgłaszaną plegizację (działanie niepożądane leku – sztywność mięśni), a wpis tego dotyczący pojawia się w notatce z dnia następnego. Sytuacja niepodania leku powinna być każdorazowo wpisana przez lekarza, również dyżurnego, ze wskazaniem przyczyn takiej sytuacji.

Ponadto w dokumentacji pacjentów brak jest wpisów dotyczących planowanych konsultacji. Z informacji przekazanych przez personel wynika, że konsultacje te są umawiane bezpośrednio przez personel lekarski, zarówno wewnętrzne (internista, neurolog i chirurg), jak i zewnętrzne (wymagające transportu). Konsultacje te są realizowane po ustnej informacji przekazanej personelowi pielęgniarskiemu o jej terminie. Konsultacje dokonywane przez innych specjalistów są odnotowywane bądź w historii choroby (konsultacje wewnętrzne), bądź na odrębnych drukach (w sytuacji konsultacji zewnętrznych). Wskazane byłoby zatem odnotowywanie wszystkich planowanych konsultacji. Umożliwi to prześledzenie działań, jakie były podejmowane wobec pacjenta w trakcie hospitalizacji. Może być to odnotowywane np. w karcie badań i potwierdzone podpisem personelu pielęgniarskiego po odbyciu się takiej konsultacji.

Mając powyższe na uwadze KMPT zaleca dokładne prowadzenie dokumentacji pacjentów w zakresie wyżej wskazanym.

7.4 Stosowanie i dokumentowanie przymusu bezpośredniego

Zgodnie z ustaleniami ekspertki KMPT personel zna zasady i wskazania do stosowania przymusu bezpośredniego. Nie jest on stosowany jako element kary, a wyłącznie jako element niezbędnego zabezpieczenia. Przymus zazwyczaj trwa krócej niż 72 godziny. Zdaniem ekspertki KMPT zasadność i okres stosowania środków przymusu bezpośredniego nie budziła wątpliwości. W placówce nie jest też stosowany tzw. „przymus na żądanie”.

Niemniej jednak, KMPT z uwagi na fakt, że stosowanie przymusu powinno być traktowane, jako środek ostateczny pragnie zwrócić uwagę na kilka budzących wątpliwości kwestii dotyczących sposobu stosowania przymusu.

Przed wszystkim szczególnie zaniepokojenie delegacji wzbudziła praktyka stosowania przymusu w formie unieruchomienia pacjenta na łóżku, które wystawione jest na korytarzu oddziału. Z relacji pacjentów wynika, że czasami pacjenci unieruchamiani pozostają w salach w towarzystwie innych pacjentów bez osłonięcia ich parawanem. Zdarza się również, że na czas unieruchomienia pacjenci prewencyjnie zabezpieczani są pamperszem (co zapisywane jest w dokumentacji).

Krajowy Mechanizm podkreśla, że pacjenci w stosunku do których stosowany jest przymus bezpośredni w formie unieruchomienia powinni mieć zapewnione, jak najbardziej to możliwe uczucie prywatności oraz nie powinni być poddawani mechanicznym środkom przymusu w obecności innych pacjentów.

Ponadto zadaniem ekspertki KMPT szczególną uwagę należałoby zwrócić uwagę na precyzyjne opisanie zachowań będących przyczyną stosowania środków przymusu bezpośredniego, w tym w szczególności na doprecyzowanie stosowanych w kartach zastosowania przymusu bezpośredniego sformułowań typu agresja fizyczna, nieprzewidywalny itp. Jak wynika, z dalszych ustaleń w dokumentacji medycznej brakowało wpisów o powiadomieniu kierownika

jednostki po 24 godzinach zabezpieczenia. W notatkach w dokumentacji medycznej, które opisują zakończenie przymusu nie był podawany całkowity czas trwania zabezpieczenia, czasem również brakowało wpisu dotyczącego tego czy zabezpieczenie przebiegło bez powikłań.

Jak ustaliła ekspertka KMPT, w oddziałach zdarzają się czasem problemy z dostępnością odpowiedniej liczby personelu do zastosowania środków przymusu bezpośredniego. Z dokumentacji wynika, że zdarzało się, że przy jego stosowaniu brały udział 3 osoby.

Mając powyższe na uwadze KMPT przypomina, że stosowanie środków przymusu bezpośredniego z powodu ich inwazyjnego charakteru oraz potencjalnej możliwości nadużycia i złego traktowania. Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom 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.

W przypadku fizycznego (ręcznego) środka przymusu, personel powinien być specjalnie przeszkolony w zakresie technik trzymania, które minimalizują ryzyko obrażeń. Chwyty za szyję i techniki, które mogą blokować drogi oddechowe pacjentów lub powodować ból, powinny być zabronione.

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 bezpośredniego i izolacji powinien być możliwie jak najkrótszy (zwykle minuty, a nie godziny). W sytuacji ustania przyczyn leżących

u podstaw ich zastosowania, przymus powinien zostać bezzwłocznie zakończony.

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 przymusu.

7.5 Prawo do informacji

Prawo do informacji stanowi podstawową gwarancję prewencji tortur i złego traktowania. Otrzymanie przez pacjenta zrozumiałych informacji o istotnych dla niego kwestiach (np. przysługujących prawach, obowiązujących procedurach, sposobie składania skarg) zwiększa poczucie bezpieczeństwa, pozwala odgrywać aktywną rolę w zabezpieczaniu własnych praw, ułatwia dostęp do mechanizmów skargowych, przez co pełni rolę prewencyjną w zapobieganiu przemocy. Dlatego niezwykle ważne jest, by wszelkie informacje w tym zakresie były widoczne i czytelne, zarówno dla mieszkańców, osób odwiedzających, jak i personelu.

KMPT w trakcie swojej wizytacji zwrócił uwagę na brak tłumaczeń regulaminów oraz praw i obowiązków pacjenta na inne języki. Jest to niezwykle istotne w sytuacji w której do Szpitala zostanie przyjęty cudzoziemiec nieposługujący się językiem polskim. Dlatego też ważnym jest, aby cudzoziemcy mieli zapewniony dostęp do przetłumaczonych na języki obce informatorów (poradników) dotyczących praw i obowiązków pacjenta. W obecnej sytuacji wojny

w Ukrainie oraz dużej liczby uchodźców z tego państwa, którzy potencjalnie mogą stać się pacjentami Szpitala, szczególne znaczenia może mieć tłumaczenie dokumentów na język ukraiński.

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.

W trakcie oglądu placówki zwrócono uwagę na tablice informacyjne, na których znajdują się m.in. wykazy podmiotów do których można złożyć skargę. Wśród podmiotów wskazano Ordynatora/Kierownika Oddziału, Dyrektora Szpitala, Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego przy Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta, Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Gdańsku, Organ założycielski Szpitala, Okręgową Izbę Lekarską w Gdańsku oraz Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku.

KMPT bardzo pozytywnie ocenia wskazanie tak licznej grupy podmiotów. Zaleca jednocześnie, uzupełnienie wykazu o instytucje ochrony praw człowieka i instytucje kontrolnych (wraz z adresami i numerami telefonów). Przykładowo do takich instytucji można zaliczyć: Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z nr bezpłatnej infolinii 0 800 676 676), Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego, sąd, prokuraturę, organizacje pozarządowe (np. Helsińską Fundację Praw Człowieka).

7.6 Mechanizm skargowy

Jak ustalono podczas prowadzonych czynności, pisma będące wnioskami/skargami kierowane m.in. do podmiotów zewnętrznych znajdowały się w dokumentacji konkretnego pacjenta. Zaznaczyć należy, że osoby wizytujące w żadnym z takich przypadków, nie odnotowały w dokumentacji odpowiedzi dyrektora Szpitala na pismo pacjenta. Niemniej jednak, najbardziej niepokojąca jest informacja uzyskana od personelu placówki, zgodnie z którą o tym czy dana skarga/wniosek zostanie przesłany do wybranego adresata decyduje lekarz prowadzący danego pacjenta. W opinii Krajowego Mechanizmu taka sytuacja jest niedopuszczalna i powoduje, że pacjent pozbawiony jest w praktyce skorzystania z mechanizmu skargowego. Lekarz nie ma również żadnych postaw prawych do tego typu działań.

KMPT uznaje także za pożądane założenie rejestru skarg, który powinien mieć charakter poufny i być dostępny wyłącznie dla Dyrektora Szpitalu oraz ewentualnie wyznaczonego przez niego pracownika. Funkcjonowanie rejestru skarg pozwoli na odnotowanie problemów pojawiających się w oddziale, co ułatwi zarządzanie takimi incydentami oraz sprawowanie nadzoru nad częstotliwością ich występowania.

CPT także zachęca do utworzenia poufnego rejestru skarg, zawierającego: nazwiska skarżących, rodzaj i przedmiot skarg, wynik procedury składania skarg i procedury odwoławczej, działania następcze podjęte w celu naprawienia zarzucanej sytuacji oraz wszelkie rekompensaty przyznane skarżącym. Zapisy rejestru powinny służyć jako narzędzie zarządzania¹⁴.

CPT podkreśla znaczenie dostępu do mechanizmów skargowych jako fundamentalnej gwarancji ochronnej przed niewłaściwym traktowaniem.

¹⁴ Tamże, § 90.

Efektywne działanie takich mechanizmów może nie tylko łagodzić napięcia między osobami pozbawionymi wolności i personelem, ale także poprzez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie, przyczynić się do budowania pozytywnych relacji¹⁵.

Informacja o prawie i sposobie składania skarg powinna być przekazywana zarówno w formie ustnej jak i pisemnej, w sposób zrozumiały dla użytkownika. CPT rekomenduje opracowanie odpowiedniego narzędzia informacyjnego (np. plakatów w przestrzeniach wspólnych, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie, ulotek i filmów informacyjnych)¹⁶.

Biorąc pod uwagę powyższe KMPT zaleca dołączanie odpowiedzi Dyrekcji do wniosku/skargi pacjenta lub stworzenie jednego wspólnego dla każdego oddziału rejestru skarg. Ponadto KMPT zaleca, aby w żadnym wypadku o tym, czy dane pismo zostanie wysłane do adresat nie decydował lekarz prowadzący.

Ponadto KMPT zwrócił się w oddzielnym piśmie do Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego przy Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku, o dodatkowe informacje w zakresie opisanego wyżej problemu.

7.7 Warunki bytowe

Osoby wizytujące zwróciły uwagę na obecność krat w oknach w niektórych pomieszczeniach. Krajowy Mechanizm pragnie podkreślić, że zgodnie z pkt 5 rozdziału VIII Załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać

¹⁵ Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, § 68-91.

¹⁶ Tamże, § 79.

pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹⁷, okna w pokojach, w których przebywają pacjenci, są przeszklone od wewnątrz szkłem bezpiecznym; okna zabezpiecza się przed możliwością otworzenia przez pacjentów.

Zatem nie powinno stosować się zabezpieczeń w postaci krat. Dodatkowo KMPT podkreśla, że pacjenci umieszczeni w szpitalu psychiatrycznym nie są więźniami, a wszelkie analogie do jednostek penitencjarnych powinny zostać wyeliminowane. Środowisko terapeutyczne w takich placówkach powinno być jak najbardziej przyjazne dla osób tam przebywających.

Mając powyższe na uwadze KMPT zaleca zdemontowanie krat ochronnych.

7.8 Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne

Jak wynika z informacji przekazanych przez dyrekcję placówki oferta zajęć kulturalno - oświatowych dla pacjentów obejmuje: gry planszowe, coroczny turniej ogólnoszpitalny (przy okazji dni solidarności z osobami chorującymi psychicznie), zapewnienie książek w oddziałach, zajęcia ruchowe z Zumbi. W trakcie wizytacji wszystkie spotkania międzyoddziałowe oraz wyjścia poza szpital zostały wstrzymane w związku z sytuacją epidemiologiczną. Natomiast na ofertę zajęć terapeutycznych składa się: społeczność terapeutyczna, indywidualny kontakt z psychologiem, zajęcia grupowe, treningi umiejętności społecznych, terapia zajęciowa, muzykoterapia oraz psychorysunek.

Terapia zajęciowa prowadzona jest od poniedziałku do piątku. Zaznaczenia wymaga, że zgodnie z § 6 ust. 2 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach

¹⁷ Dz. U. z 2022 r. poz. 402,

psychiatrycznych¹⁸, w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy pacjentom zapewnia się również dostęp do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną.

Poza oddziałem 20B którego oferta terapeutyczna jest szersza, terapia na oddziałach (19D, 20A, 20C oraz 20D), głównie opiera się na wsparciu, interwencjach, rozmowach indywidualnych. Prowadzona jest również psychoedukacja dla pacjentów po przebytych psychozach. Na oddziale 20B ze względu na większą liczbę psychologów, praca terapeutyczna zorganizowana jest nieco odmiennie. Poza powyższymi na oddziale jest również prowadzona grupa wsparcia muzykoterapia/relaksacja. Pacjent ma przypisanego psychologa prowadzącego.

Zdaniem ekspertki KMPT liczba terapeutów zajęciowych jest wystarczająca w godzinach przedpołudniowych. Warto natomiast zastanowić się na możliwym rozwiązaniu by opieka terapeuty zajęciowego była również w weekendy i w godzinach popołudniowych. Jest to istotne dla pacjentów, aby móc zapewnić im jak największą ofertę i najlepszą dostępność zajęć terapeutycznych.

Dodatkowo warto również rozważyć zwiększenie środków w budżecie na terapię zajęciową, gdyż jak wynika z uzyskanych informacji obecnie kwota ta wynosi 100 zł miesięcznie, co nie pozwala na zakup wystarczającej ilości potrzebnego sprzętu. Na każdym oddziale należałoby również udostępnić plan dnia z zaznaczonymi porami aktywności.

Zgodnie z Regulaminami oddziałów „spacery pacjentów odbywają się pod nadzorem terapeuty zajęciowego, od poniedziałku do piątku, w godz. 11-12, gdy tylko pogoda na to pozwoli”. Szczególne zaniepokojenie delegacji KMPT wzbudziła informacja, że udział pacjentów hospitalizowanych „bez zgody” w

¹⁸ Dz. U. poz. 522.

spacerze uzależniony jest od jego codziennego udziału w gimnastyce oraz zajęciach terapeutycznych. Jak wynika m.in. z analizy dokumentacji jednego z pacjentów: „pacjentowi zaproponowano udział w zajęciach terapeutycznych i spacerze, ale poproszono, by pacjent uprzednio uczestniczył w gimnastyce porannej”.

Zauważyć należy, że dostęp do codziennego spaceru powinien mieć każdy z pacjentów, którego stan zdrowia na to pozwala. Krajowy Mechanizm zaleca także aby spacerzy oraz inne zorganizowane formy aktywności odbywały się również w godzinach popołudniowych oraz w dni wolne od pracy.

Mając powyższe na uwadze podkreślić należy zgodnie ze stanowiskiem CPT, że leczenie psychiatryczne powinno opierać się na zindywidualizowanym podejściu, które implikuje sporządzenie planu leczenia dla każdego pacjenta. Plan taki powinien obejmować szeroki zakres czynności rehabilitacyjnych i terapeutycznych, kontakt ze sztuką, teatrem, muzyką i sportem. Pacjenci powinni mieć regularny dostęp do właściwie wyposażonych pokoi rekreacyjnych oraz mieć możliwość codziennych ćwiczeń na świeżym powietrzu; pożądane jest także stworzenie pacjentom możliwości nauki i odpowiedniej pracy. Komitet niestety bardzo często stwierdza, że te podstawowe składniki skutecznego leczenia społecznego i rehabilitacyjnego są nierozwinięte lub całkowicie ich brakuje, oraz że leczenie pacjentów polega przede wszystkim na farmakoterapii. Sytuacja taka może być wynikiem braku odpowiednio wykwalifikowanego personelu i właściwych warunków lub też w zakorzenionej filozofii opartej na dozorcze pacjentów¹⁹.

¹⁹ Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych. Wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego, opublikowany w 1998, CPT/Inf(98)12-part, § 37.

7.9 Wysłuchanie osób przyjętych bez zgody do szpitala psychiatrycznego

Na podstawie art. 45 ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, sędzia wizytujący szpital wysłuchuje osobę przyjętą do szpitala psychiatrycznego w trybie art. 23, 24 lub 28 nie później niż w terminie 48 godzin od otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w art. 23 ust. 4. W razie stwierdzenia, że pobyt tej osoby w szpitalu psychiatrycznym jest oczywiście bezzasadny, sędzia zarządza natychmiastowe jej wypisanie ze szpitala i wnosi o umorzenie postępowania.

Z informacji uzyskanych od personelu wynika, że wysłuchania te odbywają się telefonicznie ze względów epidemiologicznych spowodowanych pandemią COVID-19. Zdaniem personelu dla zwiększenia obiektywizmu i godnego potraktowania pacjentów zasadne byłoby odstąpienie od tej praktyki na rzecz osobistego wysłuchania. Dodatkowo jak wynika, z informacji przekazanej przez placówkę nie ma ona infrastruktury umożliwiającej udział osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez zgody w postępowaniu za pomocą sieci on-line.

Mając powyższe na uwadze, KMPT zwraca się z prośbą o udzielenie informacji, jak w chwili obecnej wygląda praktyka wysłuchania pacjentów.

7.10 Personel

Na każdym z wizytowanych oddziałów jest przynajmniej jeden lekarz specjalista oraz około 3-5 lekarzy rezydentów. Zdarza się, że lekarze rezydenci są przenoszeni pomiędzy oddziałami w razie zaistnienia takiej potrzeby. Każdy pacjent ma swojego lekarza prowadzącego. Na dyżurze w szpitalu jest jeden stały lekarz specjalista psychiatra, który zajmuje się Izłą Przyjęć do godziny 14-15. W godzinach popołudniowych i nocnych oraz w dni wolne od pracy w szpitalu dyżuruje 1 specjalista na Izbie Przyjęć oraz dwóch lekarzy rezydentów, którzy

opiekują się oddziałami szpitalnymi. Jeżeli chodzi o personel pielęgniarski to w czasie dyżuru dziennego na oddziałach jest od 3 do 4 pielęgniarek. W czasie dyżuru nocnego są to zazwyczaj 3 pielęgniarki.

Jeżeli chodzi o zapewnienie opieki psychologicznej to na oddziałach (poza 20B) jest dostępny jeden psycholog, który opiekuje się wszystkimi pacjentami. Pomoc psychologiczna polega na udzielaniu wsparcia, interwencjach kryzysowych oraz prowadzeniu psychoedukacji dla osób po przebytych epizodach psychotycznych. Na oddziale 20B jest dodatkowo grupa wsparcia i relaksacja. Psycholodzy oprócz powyższych oddziaływań wykonują również diagnozę psychologiczną.

Zdaniem ekspertki KMPT ilość psychologów, poza oddziałem 20B, jest niewystarczająca. Jedna osoba nie może zapewnić koniecznej pomocy psychologicznej każdemu pacjentowi, który tego potrzebuje. W przypadku ostrych przyjęć, na oddziałach, na których przebywają pacjenci z różnymi rozpoznaniem i wymagają różnych oddziaływań terapeutycznych, jeden psycholog to za mało by zaopiekować się każdym z pacjentów w zakresie jaki jest niezbędny dla poprawy jego stanu zdrowia. Ponadto w sytuacji w której psycholog ma zaplanowany urlop na oddziale nie ma kto tej osoby zastąpić przez ten czas.

Kwalifikacje personelu nie budzą zastrzeżeń. Jak wynika z rozmów z personelem placówki, pracownicy dostrzegają potrzebę dodatkowych szkoleń. Tym samym zasadne jest umożliwienie personelowi oddziałów podnoszenie kwalifikacji w postaci m. in. szkoleń, seminariów i konferencji naukowych. Niepokojące zdaniem KMPT jest to, że nie są prowadzone szkolenia podnoszące kompetencje psychologów i terapeutów zajęciowych.

Z uzyskanych informacji wynika, że w roku 2020 zostało dla pracowników przeprowadzone szkolenie z m.in. EEG Biofeedback I stopnia, Komunikacji w miejscu pracy, Komunikacji i budowania relacji, Psychiki a dietetyki. W 2021 r. natomiast przeprowadzono m.in. następujące szkolenia: Szkolenie medyczne ALS/BLS, Problematyka wypalenia zawodowego pracowników ochrony zdrowia, Szkolenia e-zdrowie.

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: kontaktu z trudnym pacjentem, rozwiązywania konfliktów, sposobów radzenia sobie ze stresem i agresją. Warto również kontynuować szkolenia z zakresu problematyki wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku. Konieczne jest również objęcie szkoleniami psychologów oraz terapeutów.

Jak ustalono, personel medyczny nie ma dostępu do superwizji. Wskazane byłoby rozważenie możliwości superwizji dla personelu lub innej formy pomocy pozwalającej na bieżąco redukować napięcia w zespole i poziom stresu personelu. Ponadto, 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, np. w formie grupy Balinta.

8. Zalecenia

Na podstawie art. 19 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego

traktowania albo karania, KMPT zaleca Dyrektorowi Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku:

1. zaprzestanie przeprowadzania kontroli osobistej (przeszukania) pacjentów oraz ich rzeczy,
2. podjęcie działań mających na celu zapewnienie instalacji przyzywowej pacjentom we wszystkich oddziałach,
3. stosowanie przymusu bezpośredniego zgodnie ze standardami przedstawionymi w pkt. 7.4 raportu,
4. bezwzględne wyeliminowanie praktyki, w której to lekarz prowadzący pacjenta decyduje o możliwości wysłania pisma/skargi do wybranego adresata,
5. umożliwienie korzystania ze spacerów wszystkim pacjentom, których stan zdrowia na to pozwala bez względu na uczestnictwo w zajęciach z gimnastyki,
6. zwiększenie liczby zatrudnionych psychologów,
7. umieszczenie na każdym oddziale w widocznym miejscu planu terapeutycznego oddziału, z zaznaczonymi możliwymi aktywnościami proponowanymi dla pacjentów z podaniem godzin w jakich się odbywają (np. gimnastyka, terapia zajęciowa, spacer, itp.),
8. odnotowywanie zlecenia konsultacji lekarskich w karcie zleceń/badań,
9. rozważenie możliwości wskazania konkretnych placówek udzielających zewnętrznych świadczeń lub podpisanie stałych umów z najczęściej zlecanymi specjalistami, którzy mogliby w razie potrzeby i możliwości udzielać konsultacji w szpitalu lub w wyznaczonej poradni,

10. rewizję współpracy pomiędzy przewoźnikiem zewnętrznym a szpitalem,
11. wydłużenie czasu pracy karetki szpitalnej,
12. dokumentowanie obrażeń zgodnie ze standardami przedstawionymi w pkt 7.2 raportu,
13. dokonywanie regularnych adnotacji dotyczących przebiegu procesu terapii zajęciowej i interwencji dokonywanych przez psychologów,
14. każdorazowe odnotowywanie w dokumentacji medycznej pacjenta podanego mu leku,
15. odnotowywanie planowanych konsultacji, w tym zewnętrznych. Umożliwi to analizę działań jakie były podejmowane wobec pacjenta w trakcie hospitalizacji. Może być to odnotowywane np. w karcie badań i potwierdzone podpisem personelu pielęgniarskiego po odbyciu się takiej konsultacji,
16. zapewnienie tłumaczeń regulaminów oraz praw i obowiązków w obcych językach,
17. zwiększenie środków finansowych przeznaczonych na terapię zajęciową,
18. zapewnienie pacjentom w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy dostępu do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną,
19. dołączanie odpowiedzi Dyrekcji do wniosku/skargi pacjenta lub stworzenie jednego wspólnego dla każdego oddziału rejestru skarg,
20. rozważenie możliwości zdemontowania krat w oknach,
21. zapewnienie odpowiedniego wsparcia dla personelu poprzez rozbudowanie oferty szkoleń z zakresu kontaktu z trudnym

pacjentem, rozwiązywania konfliktów, sposobów radzenia sobie ze stresem i agresją, problematyki wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku,

22. zaznajomienie pracowników z Protokołem Stambulskim, czyli Podręcznikiem skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania,
23. wprowadzenie zewnętrznej superwizji dla pracowników.

Ponadto na podstawie artykułu 20 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192) oraz art. 1 ust. 4 i art. 13 ust. 1 pkt 2 z dnia 15 lipca 1987 r. ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz.U. z 2020 r., poz. 627 ze zm.) KMPT uprzejmie prosi o udzielenie informacji dotyczącej praktyki wysłuchania pacjentów przez Sąd.

Opracowała: Klaudia Kamińska

Za Zespół:

Przemysław Kazimirski
Dyrektor Zespołu
/-podpisano elektronicznie/