



Gdańsk, 20-02-2023 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

**Pełnomocnik Terenowy
Rzecznika Praw Obywatelskich
w Gdańsku**

BPG.574.2.2022.MD

**Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji
oddziału psychiatrycznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej w Działdowie**

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 za pomocą

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. (tekst jedn. 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).

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 urzędzeń, mogą odbyć poufną rozmowę z wybraną przez siebie osobą (zarówno osobą pozbawioną wolności, jak i 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, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu⁷.

² Zob. Art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (tekst jedn. 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.

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 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 już zaistniały, lecz także przez pryzmat prewencji.

2. 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 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.

3. Uwagi wstępne na temat wizytacji

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 and Geneva 2018, s. 4-6.

⁹ Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

Na podstawie art. 19 OPCAT oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach od 20 do 22 września 2022 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził wizytację oddziału psychiatrycznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Działdowie (zwanego dalej: oddziałem, placówką).

W skład zespołu wizytującego wchodził: Przemysław Kazimirski (Dyrektor Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur), dr Justyna Józwiak (socjolożka) oraz Maria Darul-Pikarska (prawnik). 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 psychicznego, dalej jako u.o.z.p.¹⁰.

W czasie wizyty wykonano następujące czynności:

- przeprowadzono rozmowę z Dyrektorem Szpitala lek. med. Ireneuszem Werykiem, lekarzem kierującym oddziałem: lek. Iwoną Kaszubą – specjalistką psychiatrii, pielęgniarką oddziałową Beatą Zajączkowską – specjalistką w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego oraz pełnomocnikiem dyrektora ds. praw pacjentów Anną Olko;

¹⁰ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 2123)

- przeprowadzono rozmowę z Ewą Górko, Rzeczniczką Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego;
- dokonano oglądu pomieszczeń placówki, w tym sal pacjentów, sanitariatów, sal terapii, izby przyjęć, izolatki, świetlicy, ogrodu;
- 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.

Przedstawiciele KMPT poinformowali Dyrektora o wstępnych ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności oraz wysłuchali uwag i wyjaśnień.

Delegacji KMPT umożliwiono dostęp do wszystkich pomieszczeń i wykonanie niezbędnych czynności, zgodnie z mandatem określonym w OPCAT.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano dodatkową dokumentację. 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 uwagi na temat problemów systemowych, wymagających zmian legislacyjnych.

4. Ogólna charakterystyka placówki

Oddział Psychiatryczny znajdujący się w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Działdowie istnieje od 1984 roku. Jest oddziałem

przeznaczonym dla kobiet oraz mężczyzn. Przyjmowani są tu wszyscy pacjenci wymagający hospitalizacji psychiatrycznej. W szczególności oddział leczy pacjentów z psychozami przewlekłymi w okresach zaostrzeń i nawrotów, a także osoby uzależnione od alkoholu i środków odurzających w stanach odstawiennych (w celu detoksykacji). Główna metoda leczenia to farmakoterapia. Stosuje się także elementy psychoterapii indywidualnej, społeczności leczniczej i terapii zajęciowej. Liczba miejsc wynosi 30.

Na początku 2022 roku do użytku zostało oddane nowe skrzydło oddziału. Ma ono służyć poprawie warunków przebywania pacjentów na obecnym oddziale, wpływa na rozszerzenie terapii zajęciowej, psychoterapii, poprawi warunki socjalne. 30-miejscowy oddział jest obecnie zbyt mały, żeby zaspokoić potrzeby pacjentów. Według deklaracji dyrekcji na przyszłość zwiększyć ma się zakres funkcjonowania oddziału i ma nastąpić powiększenie go o dodatkowe łóżka. Przy oddziale funkcjonuje również poradnia zdrowia psychicznego. W jednostce zaplanowano powstanie Centrum Zdrowia Psychicznego.

5. Mocne strony

5.1 Podstawowe Zasady Kontakt z Pacjentem Agresywnym

Szczególne uwagę podczas oglądu dokumentacji zwróciła Instrukcja podstawowych zasad kontaktu z pacjentem agresywnym, która określa m.in. sposób informowania pacjenta o tym, co się z nim dzieje, sposobu mówienia i przedstawiania się, rodzaj przyjętej postawy, pożądany rodzaj używanego języka, korzystanie z pomocy pozostałego personelu itp. Szczegółowa treść dokumentu pozwala na ustalenie jednolitej praktyki z pacjentem agresywnym w wizytowanej jednostce. Rozmowa z personelem i pacjentami potwierdziła stosowanie tych zasad.

Sposób komunikacji interpersonalnej ułatwia relacje i pozwala na budowę zaufania pacjenta do personelu medycznego. Opracowane zasady kontaktu zmierzają w

kierunku wypracowania postawy wzajemnego szacunku i zrozumienia zasadności podjętego procesu terapeutycznego. Jak wykazały prowadzone w tym kierunku badania, poczucie satysfakcji pacjentów z jakości opieki zdrowotnej jest wynikiem wielu nakładających się na siebie czynników, jednak w dużej mierze jest wypadkową (subiektywnej) oceny relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem¹¹. Zadowolenie pacjentów z leczenia jest w dużym stopniu uwarunkowane jakością komunikacji z personelem medycznym. Właściwa komunikacja lekarzy, pielęgniarek i sanitariuszy z agresywnym pacjentem to proces bardzo złożony i trudny do realizacji, w związku z czym stworzenie instrukcji dotyczącej kontaktu z tego rodzaju pacjentem, a następnie należyte stosowanie jej – co udowodniły przeprowadzone z pacjentami oraz personelem rozmowy – jest praktyką, która powinna zasłużyć na szczególne wyróżnienie.

6. Problemy systemowe

6.1 Sygnalizacja przyzywowo-alarmowa

Europejski Komitet do spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) wielokrotnie zwracał uwagę w swoich raportach z wizytacji szpitali psychiatrycznych na brak sygnalizacji przyzywowo-alarmowej, zalecając montaż i pilnowanie sprawności urządzeń służących do wezwania pomocy¹². Również w ocenie reprezentantów KMPT, ze względu na różny stan zdrowia przyjmowanych pacjentów oraz możliwe zagrożenie dla siebie i innych osób, przyciski alarmowo-przyzywowe, które umożliwiają szybką reakcję personelu, powinny być dostępne w pomieszczeniach użytkowanych przez chorych (łazienki, pokoje łóżkowe, pomieszczenia jednoosobowe do wykonywania

¹¹ K. Smóderek [w.] *Znaczenie relacji lekarz – pacjent i jej wpływ na realizację zasady informed consent, Realizacja zasady informed consent w kontekście relacji lekarz – pacjent, Wyzwania i bariery rozwojowe w Polsce - materiały z seminarium ekspertów zorganizowanego przez Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich we współpracy z Centrum Ekologii Człowieka i Bioetyki Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego*, red. S. Trociuk, Warszawa 2012

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]

przymusu bezpośredniego m.in. w postaci izolacji). Jest to również ważne z perspektywy komfortu psychicznego pacjentów, których poczucie bezpieczeństwa lub jego brak może istotnie wpływać na rozwój choroby, tudzież zaważyć na ich dalszym losie.

Zgodnie z wymogami Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych¹³, osoby takie powinny mieć zapewnione różne formy pomocy, szeroko rozumianą dostępność infrastrukturalną umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi. Państwo powinno również przyznać takim osobom racjonalne uprawnienia w zakresie ich wolności i bezpieczeństwa osobistego. W tym kontekście uwagę zwraca stwierdzony brak instalacji alarmowo-przyzywowej w wizytowanej jednostce, gdzie część pacjentów to osoby, które stanowią możliwe zagrożenie dla siebie i innych osób, i konieczne jest, by w nagłej sytuacji wskazania pacjenci mogli skomunikować się z personelem. KMPT zwraca także uwagę na stwierdzony w czasie wizytacji brak przycisków antynapadowych przeznaczonych dla personelu.

Problem był sygnalizowany Ministrowi Zdrowia już w 2017 r.¹⁴ Mimo to pozostaje wciąż nierozwiązany. Sprawa pozostaje w zainteresowaniu Rzecznika Praw Obywatelskich.

6.2 Różnicowanie finansowania świadczeń psychiatrycznych w poszczególnych województwach

Personel szpitala zwrócił uwagę na znacząco zróżnicowane finansowanie świadczeń psychiatrycznych pod względem wyceny punktu pojedynczego świadczenia w poszczególnych województwach – w tym szczególnie niskie finansowanie województwa warmińsko-mazurskiego, co ma realne przełożenie na jakość zapewnianej opieki. Ocenia się, że im wyższy jest wskaźnik wysokości

¹³ Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. i ratyfikowana przez Polskę w dniu 6 września 2012 r. (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 1169)

¹⁴ Wystąpienie generalne z dnia 22 maja 2017 r., sygn. KP.574.4.2017.DK

przypadających na jednego mieszkańca środków, tym większa jest dostępność do świadczeń w danym województwie. Już w 2015 r. występowały znaczące nierówności w dostępie do świadczeń w poszczególnych regionach kraju, wynikające z liczby szpitali i poradni w danym województwie oraz wydatków ponoszonych na leczenie psychiatryczne przez poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ w odniesieniu do liczby mieszkańców. Najniższy wskaźnik, uzyskany poprzez podzielenie ogólnej wartości umów z zakresu świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych przez liczbę mieszkańców danego województwa, występował wtedy w województwie warmińsko-mazurskim. Bardzo istotną barierą ograniczającą dostęp pacjentów do opieki psychiatrycznej są niedobory lekarzy psychiatrów. Już w 2015 r. najmniej specjalistów psychiatrii pracowało w województwach opolskim, lubuskim i warmińsko-mazurskim¹⁵. Dla porównania w 2018 r. najniższy wskaźnik finansowania na jednego mieszkańca w zakresie psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej przypadał również na województwo warmińsko-mazurskie, podczas gdy w województwie wielkopolskim był dwukrotnie wyższy¹⁶.

Wobec powyższego należy wprowadzić rozwiązania systemowe celem wyrównania dostępu do świadczeń w zakresie leczenia psychiatrycznego w poszczególnych częściach kraju.

6.3 Biegli sądowi

Personel szpitala zwrócił uwagę na przedłużające się postępowania w sprawach o przymusowe leczenie na oddziale psychiatrycznym, postanowienia w tym przedmiocie są doręczane nawet po wypisie pacjenta ze szpitala. Jest to związane głównie z trudnością w szybkim uzyskaniu opinii biegłych. Kryzys w psychiatrii

¹⁵ Raport Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2016–2020 Rekomendacje, Warszawa, 1 października 2015, <https://ippez.pl/raporty/>

¹⁶ Model opieki psychiatrycznej nakierowany na wartość zdrowotną, Instytut Zarządzania w ochronie zdrowia, Warszawa 2019

powoduje, iż biegłych sądowych specjalizujących się w tym zakresie jest mało, to z kolei odbija się na czasie sporządzenia opinii. Opinia psychiatry w sprawach o umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym uczestnika bez jego zgody jest obligatoryjna. Podczas gdy te sprawy powinny toczyć się szybko, na opinię często trzeba czekać wiele miesięcy. Wątpliwości personelu budził też sposób sporządzania przez biegłych opinii, w tym wydawanie opinii bez udziału pacjenta.

O przyspieszenie prac nad ustawą o biegłych sądowych od lat apeluje Rzecznik Praw Obywatelskich. Prace nad taką regulacją resort sprawiedliwości rozpoczął już kilka lat temu. Na przestrzeni ostatnich kilku lat Rzecznik Praw Obywatelskich wielokrotnie kierował do Ministra Sprawiedliwości postulat dotyczący pilnej potrzeby uchwalenia przez prawodawcę kompleksowej ustawy o biegłych sądowych¹⁷. Związany on jest z dążeniem Rzecznika do zapewnienia obywatelom właściwej gwarancji prawa do sądu, wynikającej ze standardu wyrażonego w art. 45 ust. 1 Konstytucji RP. Już sześć lat temu MS informowało o wstępnym etapie prac nad projektem ustawy o biegłych sądowych.

Pismem z dnia 20 stycznia 2022 r., Rzecznik Praw Obywatelskich ponownie wystąpił do Ministra Sprawiedliwości z wnioskiem o poinformowanie o aktualnym stanie prac nad ustawą o biegłych sądowych wraz z apelem o ich przyspieszenie¹⁸.

W odpowiedzi na to wystąpienie Minister Sprawiedliwości poinformował, że dostrzegając problemy związane z funkcjonowaniem biegłych sądowych, Ministerstwo Sprawiedliwości podjęło w latach ubiegłych decyzję o rozpoczęciu prac nad projektem ustawy o biegłych sądowych. Ustawa zmierzała do uregulowania zagadnień prawnych dotyczących biegłych w jednym akcie normatywnym, uwzględniając kwestie powoływania i weryfikacji kwalifikacji biegłych sądowych, w celu zapewnienia obywatelom, których sprawy są

¹⁷ Pisma RPO z dnia 24 listopada 2015 r., 26 stycznia 2016 r., 19 lipca 2016 r., 30 stycznia 2018 r., 7 maja 2018 r., 20 kwietnia 2020 r. znak (VII.510.20.2015)

¹⁸ Pismo RPO z dnia 20 stycznia 2022 r. (VII.510.20.2015)

rozstrzygane przez sądy powszechne często w oparciu o opinie biegłych, dostępu do ekspertów o najwyższych kwalifikacjach merytorycznych i etycznych. W Ministerstwie Sprawiedliwości podjęto prace zmierzające przede wszystkim do wzmocnienia mechanizmów weryfikacji kwalifikacji biegłych, uregulowania statusu instytucji specjalistycznych oraz stworzenia podstaw prawnych dla funkcjonowania centralnego rejestru biegłych. Są one w toku. Ponadto Minister Sprawiedliwości wydał zarządzenie w sprawie utworzenia Instytutu Ekspertyz Medycznych w Łodzi, ma on na celu współpracę z organami wymiaru sprawiedliwości i ścigania, w celu usprawnienia procesu opiniowania sądowo-lekarskiego, a także przeciwdziałania przewlekłości postępowań w sprawach karnych i cywilnych wynikającej z niedostatecznej liczby podmiotów opiniujących i lekarzy biegłych z dziedziny medycyny oraz wydawaniu opinii nieprzydatnych dla prowadzonych postępowań. Liczba biegłych jest niewystarczająca dla realizacji zleceń, podjęto więc działania mające na celu pozyskanie chętnych do pełnienia tej funkcji poprzez ofertę współpracy na warunkach konkurencyjnych dla typowej realizacji świadczeń medycznych. W Ministerstwie Sprawiedliwości prowadzone są również aktualnie prace nad zamieszczeniem list biegłych sądowych ze wszystkich sądów okręgowych w jednym systemie teleinformatycznym¹⁹.

Rzecznik już w 2017 r. w Deklaracji I Kongresu Zdrowia Psychicznego²⁰ wskazał, iż szczególną uwagę należy przywiązywać do wiedzy, umiejętności i kwalifikacji biegłych sądowych zwłaszcza przed podjęciem decyzji o umieszczeniu ich na liście biegłych sądowych z określoną specjalizacją. Chodzi między innymi o to, aby zapobiegać przypadkom nieuzasadnionego przedłużania pobytu w szpitalach psychiatrycznych, bez wysłuchania pacjentów.

¹⁹ Pismo Ministra Sprawiedliwości z dnia 25 lutego 2022 r. (VII.510.20.2015)

²⁰ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/oswiadczenie-rpo-z-okazji-swiatowego-dnia-zdrowia-psychicznego-2017>

Niniejszy obszar pozostaje w dalszym ciągu w zainteresowaniu Rzecznika Praw Obywatelskich.

6.4 Opuszczenie przez pacjenta oddziału psychiatrycznego

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwrócił uwagę na problem zakończenia pobytu na oddziale psychiatrycznym w przypadku, gdy pacjent nie posiada wsparcia rodziny, a nie jest w stanie funkcjonować samodzielnie. W takich sytuacjach, w zależności od stanu pacjenta, dyrektor szpitala występuje do sądu z wnioskiem o umieszczenie pacjenta w domu pomocy społecznej. Prawo do wypisania pacjenta ze szpitala opisuje art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej²¹. Ponadto szpital ma prawo, zgodnie z art. 30 ust. 4 ww. ustawy, obciążyć pacjenta kosztami dodatkowego pobytu w szpitalu począwszy od terminu określonego przez kierownika zakładu opieki, jeżeli jego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego. Przywołana ustawa w art. 30 ust. 1 i 2 nakłada na szpital obowiązek zawiadomienia organu gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu danego pacjenta, jeżeli opiekun faktyczny nie odbiera go ze szpitala w wyznaczonym terminie, a osoba ta jest niezdolna do samodzielnej egzystencji. Koszty transportu takiego pacjenta pokrywa gmina, która może następnie wystąpić do pacjenta lub osoby, na której ciąży obowiązek alimentacyjny wobec pacjenta, z roszczeniem o zwrot wydatkowanej kwoty.

Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom dostrzegł, że w niektórych krajach pacjenci, którzy nie wymagają już przymusowego pobytu w ośrodku psychiatrycznym, nadal w nim pozostają z powodu braku odpowiedniej opieki bądź zakwaterowania w środowisku zewnętrznym²². W tym kontekście Komitet

²¹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 633)

²² § 57 Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98)].

stwierdził, że kontynuowanie pozbawienia wolności osoby z racji braku właściwych uwarunkowań w środowisku zewnętrznym stanowi praktykę wysoce dyskusyjną.

W ocenie KMPT oddział/szpital psychiatryczny nie powinien równocześnie pełnić roli diagnostyczno-terapeutycznej dla osób ze wskazaniami do leczenia szpitalnego i roli miejsca do życia dla osób niewymagających leczenia szpitalnego, lecz potrzebujących stałej opieki instytucjonalnej. Dla wieloletnich rezydentów oddziału powinno się znaleźć miejsce w domu pomocy społecznej lub inne, np. mieszkanie chronione, hostel. KMPT dostrzega, że jest to problem systemowy, a jego rozwiązanie wymaga zaangażowania dyrekcji szpitali i lokalnych władz administracyjnych oraz samorządowych.

7. Obszary wymagające poprawy

7.1 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 u.o.z.p., opinia drugiego lekarza psychiatrii lub psychologa nie jest w tym przypadku obligatoryjna, a jedynie zalecana, to 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 lekarskie²³.

KMPT zaleca, aby przy wydawaniu decyzji o przyjęciu pacjenta w trybie bez zgody zasięgać opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa.

7.2 Nieprawidłowości w kontakcie pacjenta z ustanowionym pełnomocnikiem z urzędu

Zgodnie z art. 48 u.o.z.p.

„1. Sąd ustanawia dla osoby, której postępowanie dotyczy bezpośrednio, adwokata lub radcę prawnego z urzędu, nawet bez jej wniosku, jeżeli osoba ta ze względu na stan zdrowia psychicznego nie jest zdolna do złożenia wniosku, a sąd uzna udział adwokata lub radcy prawnego w sprawie za potrzebny.

2. Sąd ustanawia adwokata lub radcę prawnego z urzędu, jeżeli postępowanie dotyczy bezpośrednio osoby przyjmowanej do szpitala psychiatrycznego albo do domu pomocy społecznej, albo przebywającej w danym podmiocie, bez jej zgody.”

Celem wprowadzenia art. 48 ust. 2 u.o.z.p. było zagwarantowanie osobie, której postępowanie dotyczy, nieodpłatnej pomocy prawnej z urzędu z uwagi na przedmiot prowadzonego postępowania i jego możliwe daleko idące konsekwencje w postaci głębokiej ingerencji w prawa takiej osoby²⁴.

Pacjenci oraz personel wizytowanego oddziału skarżyli się na nieprawidłowości w zakresie kontaktu osób przyjętych do szpitala psychiatrycznego bez zgody z ustanowionymi w ich sprawach pełnomocnikami – radcami prawnymi oraz adwokatami z urzędu. Ustanowieni w takich sprawach pełnomocnicy często nie kontaktują się ze swoimi klientami, zwlekają z nawiązaniem kontaktu lub kontaktują się z nimi zbyt rzadko.

²³ Fragment Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98) 12], § 51 i 52

²⁴ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 7 listopada 2018 r., V CSK 481/18

Przymusowe umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym ma w swoim założeniu zapewnić dobro zarówno osoby umieszczonej, jak innych osób. Stosowanie tej procedury musi się jednak odbywać z uwzględnieniem konieczności stosowania środków służących ochronie praw procesowych danej osoby. W tym stanie rzeczy zapewnienie uczestnikom postępowań profesjonalnej pomocy prawnej jest kluczowe ze względu na wagę gwarancji chroniącej przed nieuzasadnionym pozbawieniem wolności, którą w demokratycznym społeczeństwie stanowi prawo do rzetelnego procesu sądowego (art. 45 ust. 1 Konstytucji RP). Znaczenie efektywności pomocy prawnej jest nie do przecenienia w kontekście braku świadomości prawnej, z jakim mamy często do czynienia w przypadku osób z zaburzeniami natury psychicznej, a przy tym nieposiadających stosownych kwalifikacji i wiedzy pozwalającej na samodzielne działanie przed sądem powszechnym.

W konsekwencji uznać należy, iż udział profesjonalnego pełnomocnika procesowego wzmacnia pozycję strony, bowiem pozwala jej na umiejętne i efektywne wykorzystanie wszystkich dostępnych stronie środków procesowych. Zważywszy, że działania pełnomocnika procesowego są traktowane jak czynności strony, adwokat podobnie jak każdy profesjonalista musi wykazać się należyłą starannością w wykonywaniu swoich obowiązków.

Brak regularnego kontaktu pacjenta z adwokatem/radcą prawnym, a nawet brak świadomości, kim jest ustanowiony w sprawie pełnomocnik, powodują, iż osoby, które zostały przyjęte lub hospitalizowane bez zgody, pozbawione są realnej i rzeczywistej pomocy prawnej, która stanowi fundament prawa do rzetelnego procesu. Istnienie zaburzeń psychicznych u pacjenta czyni zasadnymi wątpliwości, czy osoba zainteresowana jest w stanie w pełni zrozumieć znaczenie wszystkich czynności sądu podejmowanych w toku postępowania oraz wynikających z nich skutków. Te zaś powinny skutkować jeszcze większym zaangażowaniem pełnomocnika we wspomnianych sprawach.

Prawo do pomocy prawnej nie może być iluzoryczne, lecz powinno być możliwe do zastosowania w praktyce i skuteczne w sprawach, w których zostało przyznane. Osoba, której postępowanie dotyczy, powinna mieć zapewniony realny dostęp do profesjonalnego pełnomocnika z urzędu.

Niewątpliwie zachowanie gwarancji określonych przez prawo związane jest również z prawem do rzetelnego postępowania, w którym reprezentujący osobę chorą pełnomocnik w sposób prawidłowy będzie wykonywał powierzone mu zadania, dbając jednocześnie o należyty kontakt z nią.

Wobec powyższego Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się do dziekanów Okręgowej Izby Adwokackiej w Płocku oraz Okręgowej Izby Radców Prawnych w Olsztynie o odniesienie się do opisanych powyżej nieprawidłowości w reprezentacji z urzędu pacjentów przyjmowanych do szpitala bez zgody oraz podjęcie działań, które wyeliminują takie problemy w przyszłości.

7.3 Dokumentowanie obrażeń

W przypadku przyjęcia na oddział pacjenta, który posiada obrażenia, są one odnotowywane podczas badania wstępnego zarówno przez personel lekarski, jak i pielęgniarski, do dokumentacji nie jest jednak dołączona karta, która w sposób graficzny pozwalałaby 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. W kontekście prawidłowego dokumentowania obrażeń zdaniem KMPT ważne jest zaznajomienie pracowników z Protokołem stambulskim, czyli Podręcznikiem skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego 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 karania.²⁵ 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 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 kartotece medycznej. Także zdjęcia, jeśli zostały zrobione, powinny zostać zamieszczone w dokumentacji medycznej.²⁶

7.4 Środki przymusu bezpośredniego

²⁵ 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.

²⁶ Zob. § 80 Raportu CPT z 2017 r. [CPT/Inf (2018) 39]

Zgodnie z ustaleniami ekspertów KMPT personel zna zasady i wskazania do stosowania przymusu bezpośredniego. Warto jednak nieustannie prowadzić w tym zakresie szkolenia, niektórzy z członków personelu nie pamiętają bowiem, kiedy odbyły się one w ostatnim czasie. Wszelkie środki przymusu powinny być, w świetle zaleceń CPT, stosowane umiejętnie i z dbałością o minimalizowanie cierpienia i bólu odczuwanego przez pacjentów. W tym celu upoważniony do używania takich środków personel powinien zostać odpowiednio przeszkolony. Na konieczność zapewnienia pracownikom zakładów psychiatrycznych odpowiednich szkoleń z zakresu stosowania przymusu zwraca uwagę CAT²⁷.

Przymus nie jest stosowany w niniejszej placówce jako element kary, a wyłącznie jako instrument niezbędnego zabezpieczenia pacjenta. W 2021 r. zastosowano go 85 razy, natomiast w 2022 r. do dnia wizytacji 68 razy. Unieruchomienie trwało zazwyczaj krócej niż 72 godz., natomiast zdarzały się unieruchomienia trwające aż 186 godz., czy 94 godz. Zasadność stosowania środków przymusu bezpośredniego nie budziła wątpliwości. Jedynym środkiem przymusu, jaki był stosowany w badanym okresie, było unieruchomienie pasami.

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 – taka informacja znajduje się w raporcie pielęgniarskim.

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. Zgodnie z art. 18 d ust. 1 i 2 u.o.z.p „Osobę, wobec której zastosowano przymus bezpośredni w

²⁷ CAT, obserwacje końcowe w sprawie czwartego i piątego raportu okresowego Chorwacji, pkt 17; CAT, obserwacje końcowe w sprawie piątego raportu okresowego Niemiec, 12 grudnia 2011 r., CAT/C/DEU/CO/5

formie unieruchomienia, umieszcza się w pomieszczeniu jednoosobowym (...) W przypadku braku możliwości umieszczenia tej osoby 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”. W tym miejscu należy przywołać również art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zgodnie z którym pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.²⁸

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.

Ponadto 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 pobudzenie psychoruchowe, niespokojny itp.

Pacjenci nie powinni być poddawani mechanicznym środkom przymusu w obecności innych pacjentów. Jeżeli przymus stosowany jest na sali wieloosobowej, pacjent powinien być osłonięty parawanem. 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. Jedynie w wyjątkowych przypadkach przymus w postaci unieruchomienia lub izolacji może być stosowany przez kilka godzin (w niektórych sprawozdaniach CPT prezentował stanowisko, że przymus w postaci

²⁸ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz.1876)

unieruchomienia za pomocą pasów co do zasady nie powinien trwać dłużej niż 6 godzin i pod żadnym pozorem nie może być stosowany dłużej niż 24 godziny)²⁹. Po zaprzestaniu stosowania środków przymusu ważne jest udzielenie pacjentowi informacji, wyjaśnienie powodów zastosowania środka przymusu, zmniejszenie urazu psychicznego, jakiego doznał 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 przymusu³⁰.

7.5 Postępowanie z korespondencją adresowaną do pacjentów

Podczas wizytacji oddziału i zapoznaniu się z dokumentacją poszczególnych pacjentów, szczególną uwagę osób wizytujących zwrócił przypadek pozostawienia odebranej przez placówkę korespondencji sądowej adresowanej do pacjenta, który w dniu odbioru nie przebywał już w niniejszym oddziale w jego dokumentacji medycznej. Jest to niedopuszczalne, biorąc pod uwagę występujący w większości postępowań administracyjnych czy sądowych daleko idący skutek doręczenia pism. Doręczenie bowiem w wielu przypadkach nie jest jedynie czynnością techniczną polegającą na przekazaniu adresatowi pisma lub innej przesyłki, lecz rodzi skutki procesowe w postaci rozpoczęcia biegu terminów do wniesienia min. środków zaskarżenia. W sytuacji, gdy pismo zostanie odebrane, a pacjent nie jest już obecny na oddziale, może on być pozbawiony możliwości działania w dotyczącym go postępowaniu. Z relacji pracowników wynika, iż korespondencja zostaje odebrana w sekretariacie głównym szpitala, a następnie jest przekazywana na oddział.

Wobec powyższego KMPT zaleca, aby już na etapie przyjmowania korespondencji do szpitala pracownicy sekretariatu weryfikowali, czy dany pacjent znajduje się jeszcze na oddziale i odmawiali przyjmowania korespondencji, jeżeli go nie ma. W

²⁹ CPT, raport z wizyty w Danii w 2014 r., pkt 125.

³⁰ 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]

przypadku pomyłki i ewentualnego przyjęcia korespondencji adresowanej do osoby, która opuściła oddział, konieczne jest poinformowanie nadawcy, iż osoba ta nie przebywa już pod tym adresem. W tym celu wskazane jest stworzenie instrukcji lub regulaminu postępowania z korespondencją i zaznajomienie z nim pracowników. Należy również uprzedzać pacjentów, że powinni poinformować organy o zmianie adresie do korespondencji. Stosowną informację można umieścić na znajdującej się na oddziale tablicy ogłoszeń.

7.6 Regulamin dla osób odwiedzających

W udostępnionym do wglądu regulaminie dla osób odwiedzających pacjentów z dnia 22 czerwca 2020 r. w punkcie 5 zawarto informację, iż jednego pacjenta mogą odwiedzać jednocześnie 2 osoby, w punkcie 9 natomiast zapisano, iż ze względów epidemiologicznych w odwiedzinach pacjentów w oddziałach nie powinny uczestniczyć dzieci poniżej 7 roku życia. Zgodnie z art. 33 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pacjent szpitala ma prawo do kontaktu osobistego z innymi osobami, czyli odwiedzin. Kontakt z osobami bliskimi wzmacnia poczucie bezpieczeństwa, a także służy niwelowaniu dyskomfortu towarzyszącego hospitalizacji.

Na podstawie art. 5 ww. ustawy korzystanie z praw pacjenta, między innymi z uwagi na zagrożenie epidemiczne, może zostać ograniczone, jednakże wprowadzone ograniczenia nie mogą być uznaniowe, lecz powinny być możliwie jak najmniej uciążliwe dla pacjentów oraz dostosowane do aktualnie występującego zagrożenia.

W trakcie pobytu w podmiocie leczniczym przeznaczonym dla osób wymagających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych pacjent ma prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, zgodnie z art. 8 EKPC. Ochrona życia rodzinnego wymaga nieprzerywania i nieutrudniania utrzymywania więzi rodzinnych. Pacjent w trakcie pobytu w stacjonarnym podmiocie leczniczym nie

może mieć poczucia odizolowania od świata zewnętrznego. Z tymi dwoma ważnymi obszarami życia wiąże się m.in. prawo pacjenta do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami³¹. Należy oczywiście uwzględnić to, że odwiedziny nie mogą dezorganizować pracy oddziału, utrudniać procesu terapeutycznego ani naruszać spokoju i praw innych pacjentów. Jednakże decyzja o ich ograniczeniu powinna być rozpatrywana za każdym razem w sposób indywidualny. Zastosowanie takich ograniczeń jako stałych prowadzi do różnych nadużyć, między innymi zaburza relacje rodzinne. Długotrwałe odseparowanie od bliskich sprawia, że więzi rodzinne mogą ulegać osłabieniu. Ich podtrzymanie ma zaś znaczenie zarówno w procesie zdrowienia pacjenta, jak i dla zapewnienia mu późniejszego właściwego funkcjonowania w środowisku po opuszczeniu szpitala. Powinno się zatem sprzyjać umacnianiu tych relacji.

Wobec powyższego KMPT zaleca, aby umożliwić odwiedzanie pacjentów przez małoletnie dzieci i w przypadkach uzasadnionych sytuacją rodzinną umożliwić odwiedzanie pacjenta przez więcej niż dwie osoby jednocześnie – np. żonę lub męża wraz ze wspólnymi dziećmi, a co za tym idzie, odpowiednio zmienić treść regulaminu.

7.7 Prawo do informacji ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji cudzoziemców

Kryzys psychiczny może dotknąć każdego, niezależnie od miejsca zamieszkania, czy pobytu. W polskich szpitalach psychiatrycznych przebywają obywatele innych państw. Rzecznik Praw Obywatelskich zwraca szczególną uwagę na sytuację obcokrajowców leczonych w szpitalach psychiatrycznych w Polsce, w zakresie dotyczącym przestrzegania ich praw. W czasie wizytacji placówki na oddziale przebywał obywatel Wielkiej Brytanii, mówił on wyłącznie w języku angielskim. Co warto w tym miejscu zaznaczyć, konsulatu Wielkiej Brytanii został poinformowany przez personel szpitala, że ww. osoba znajduje się na oddziale, dzięki czemu

³¹ B. Kmiecik [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, Warszawa 2021, art. 33

mieszkająca za granicą rodzina mogła dowiedzieć się, gdzie przebywa mężczyzna, i nawiązać z nim kontakt. Z rozmowy z pracownikami oddziału wynikało, iż są w stanie porozumieć się z pacjentem, jednak pacjent wskazał, iż nikt z personelu nie włada jego językiem ojczystym, w związku z czym oprócz prostych słów nie rozumie większości kierowanych do niego komunikatów. Pacjent złożył podpisy w dokumentacji medycznej sporządzonej w języku polskim, jednak nie rozumiał, co podpisuje. Właściwa komunikacja między pacjentem a personelem medycznym jest bardzo ważna dla zrozumienia problemów zdrowotnych i skuteczności ich leczenia, a także zrozumienia przyczyny znalezienia się w szpitalu. Wyzwaniem dla obcokrajowców jest właściwe zrozumienie procedur prawnych związanych w szczególności z przyjęciem do szpitala psychiatrycznego bez zgody. Prawo do informacji stanowi podstawową gwarancję prewencji tortur i złego traktowania. Otrzymanie przez pacjenta zrozumiałych informacji, które są istotne i dotyczą przysługujących mu praw, obowiązujących procedur, planowanego leczenia, zwiększa poczucie bezpieczeństwa, pozwala odgrywać aktywną rolę w zabezpieczeniu własnych praw, ułatwia dostęp do mechanizmów skargowych, pełni funkcję prewencyjną w zapobieganiu przemocy. Niezwykle ważne jest, aby wszelkie informacje dotyczące praw i obowiązków pacjentów dostępne były w zrozumiałym dla nich języku. Ponadto pokonanie bariery językowej jest niezbędne do zagwarantowania poprawnej jakości świadczeń zdrowotnych. W przypadku pacjentów nieznających biegle języka, którym posługują się pracownicy opieki medycznej, wzrasta ryzyko nieprawidłowej diagnozy oraz błędów medycznych. Przykład ww. pacjenta skłania do pytania o rzetelność prowadzonych rozmów wstępnych, tak istotnych z punktu widzenia zapewnienia cudzoziemcowi podstawowych informacji dotyczących jego praw i obowiązków, a także zagrożeń, jakie można napotkać podczas pobytu w oddziale. W ocenie KMPT konieczne jest przygotowanie procedur gwarantujących, że wszelkie dokumenty, w tym wymagające podpisu oświadczenia, będą sporządzane w zrozumiałym dla

pacjentów języku. Za niedopuszczalne i rażąco naruszające prawo do informacji należy uznać zobowiązanie cudzoziemca do podpisywania jakichkolwiek dokumentów w języku polskim, gdy cudzoziemiec się nim nie posługuje. Ponadto ważne jest, aby cudzoziemcy mieli zapewniony dostęp do przetłumaczonych na języki obce informatorów (poradników) dotyczących praw osób, wobec których stosowany jest środek zabezpieczający. 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.

Wobec powyższego przedstawiciele KMPT zalecają, aby wszelkie informacje dotyczące praw i obowiązków pacjentów oraz oświadczeń sporządzanych w trakcie izolacji były im przekazywane w języku dla nich zrozumiałym, np. za pośrednictwem tłumacza. 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 pomoc³². 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”³³. W szczególności wskazane jest, aby osoby te miały

³² Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych, CPT/Inf (98)12-part, § 53.

³³ Fragment § 83 Dwudziestego siódmego Sprawozdania ogólnego [CPT/Inf (2018) 4].

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 oddziału psychiatrycznego Szpitala w Działdowie językach. 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. Warto również rozważyć zastosowanie przez lekarzy wielojęzycznego wywiadu lekarskiego – słownika stworzonego przez Naczelną Izbę Lekarską celem pomocy lekarzom w komunikacji z pacjentami cudzoziemcami³⁴.

7.8 Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne

Jak wynika z informacji przekazanych przez dyrekcję placówki, oferta zajęć kulturalno-oświatowych i terapeutycznych dla pacjentów obejmuje: gry planszowe, zapewnienie książek w oddziałach, zajęcia ruchowe, trening życia codziennego, gimnastykę, spacer, zebrania społeczności, spacer, arteterapię, ergoterapię, ludoterapię, trening umiejętności społecznych, muzykoterapię, relaks, biblioterapię, filmoterapię, trening budżetowy oraz zabawoterapię. Indywidualny kontakt z psychologiem realizowany jest w zależności od potrzeb pacjentów. Terapia zajęciowa prowadzona jest od poniedziałku do piątku. Zaznaczenia wymaga, że zgodnie z § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy pacjentom

³⁴ https://nil.org.pl/aktualnosci/843-wielojezyczny-wywiad-lekarski?fbclid=IwAR2kd2uWWJF65_WREIunXZ0du6Oabb663d6GQ4xLui7qgqzNUYS49MjS8c4

zapewnia się również dostęp do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną³⁵.

Zdaniem KMPT liczba zajęć terapeutycznych jest wystarczająca w dni powszednie do godziny 15:00. Warto natomiast zastanowić się nad możliwym rozwiązaniem, by opieka terapeuty zajęciowego, spacerów oraz inne zorganizowane formy aktywności dostępne były również w weekendy oraz w godzinach późnopołudniowych. Jest to istotne dla pacjentów, aby móc zapewnić im jak największą ofertę i najlepszą dostępność zajęć terapeutycznych.

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 dozorze pacjentów³⁶.

7.9 Personel

³⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych (tekst jedn. Dz.U. z 2014 r., poz. 522)

³⁶ Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych. Wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego, opublikowany w 1998, CPT/Inf(98)12-part, § 37

Na wizytowany oddziale zatrudnionych jest 5 sanitariuszy, 1 terapeuta zajęciowy, 1 psycholog (2/3 etatu), 15 pielęgniarek oraz 3 lekarzy (lekarz rezydent i dwie rezydentki w trakcie specjalizacji). Personel jest doświadczony, wszystkie pielęgniarki ukończyły specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego. Na dyżurze nocnym dyżurują 2 pielęgniarki, sanitariusz oraz lekarz, natomiast na dyżurze dziennym 3 pielęgniarki, sanitariusz oraz lekarz. W trakcie wizytacji uzyskano informację, iż 2 z 3 lekarek są długotrwale nieobecne w pracy. Wobec powyższego wskazać należy, iż w szpitalu brakuje lekarzy i psychologów. Przyczyn należy upatrywać w niedofinansowaniu psychiatrii, czego wynikiem jest rotacja kadry, która po zdobyciu doświadczenia i wykształcenia odchodzi do lepiej płatnych miejsc pracy. Jeden psycholog zatrudniony na 2/3 etatu, pracując jednocześnie w przychodni oraz na oddziale, nie może zapewnić koniecznej pomocy psychologicznej każdemu pacjentowi, który tego potrzebuje, w zakresie niezbędnym dla poprawy jego stanu zdrowia. Ponadto w sytuacji, w której psycholog ma zaplanowany urlop, nie ma możliwości zastępstwa, które jest konieczne. Z całą pewnością najpilniejszą potrzebą jest w chwili obecnej zatrudnienie kadry lekarskiej, ponieważ w obecnym stanie personalnym oddział nie może funkcjonować w sposób zapewniający należyłą opiekę pacjentom.

Jak wynika z udostępnionej dokumentacji i z rozmów z personelem, przeprowadzane szkolenia mają charakter wewnętrzny. W latach 2019-2022 odbyły się szkolenia o następującej tematyce:

- w 2019 r. m.in.: myśli samobójcze u pacjenta, stosowanie przymusu bezpośredniego;
- w 2020 r. m.in.: zasady komunikowania się z rodziną pacjenta, depresja - nawrotowość i pomoc psychoterapeutyczna, stosowanie przymusu bezpośredniego;
- w 2021 r. m.in.: przestrzeganie zasad stosowania przymusu bezpośredniego, współpraca w zespole terapeutycznym;

- w 2022 r. m.in.: zgoda pacjenta na leczenie i obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej, przestrzeganie zasad stosowania przymusu bezpośredniego, współpraca w zespole terapeutycznym, stany nagłe w psychiatrii.
- Niewątpliwie pozytywnie należy ocenić szkolenia dotyczące przestrzegania zasad stosowania przymusu bezpośredniego czy zgody pacjenta na leczenie. 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 karania³⁷. 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 aktywności”³⁸.
- Jak wynikało z rozmów z personelem oddziału w placówce, nie jest też dostępna superwizja świadczona przez zewnętrznego eksperta. Zwykle codzienne problemy są omawiane wewnątrz zespołu, ewentualnie personel ma świadomość, że mógłby się zwrócić o pomoc do psychologa pracującego na oddziale. W opinii ekspertów współpracujących z KMPT niezależnie od posiadanego doświadczenia, ze względu na charakter pracy, dla zespołu niezbędne są superwizje umożliwiające przepracowanie emocji związanych z procesem terapeutycznym z trudnym pacjentem, wydarzeniami nadzwyczajnymi lub okresowo pojawiającymi się

³⁷ Najnowsza wersja z czerwca 2022 r. dostępna pod adresem: <https://www.ohchr.org/en/publications/policy-andmethodological-publications/istanbul-protocol-manual-effective-0>

³⁸ Ósme Sprawozdanie Ogólne CPT [CPT/Inf (98)12]; § 46.

napięciami w zespole terapeutycznym, które wpływają na relacje z pacjentami, ich współodczuwanie i zachowania.

Podsumowując, KMPT zaleca 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. Zaleca się także wprowadzenie zewnętrznej superwizji oraz zaznajomienie personelu z treścią Protokołu stambulskiego.

7.10 Warunki bytowe

Warunki bytowe w wizytowanej jednostce były zróżnicowane. Starsza część oddziału w znacznej większości wymaga remontu. Łazienki zostały zmodernizowane oraz dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością. Nowa część oddziału spełnia wszelkie standardy. Pacjenci z dysfunkcjami ruchowymi skarżyli się na fakt, iż na oddziale nie ma dostępnych łóżek, które byłyby przystosowane dla osób z niepełnosprawnością, nie ma możliwości obniżenia ani podwyższenia materaca ani stelażu.

Oddział powinien być wyposażony w podstawowy sprzęt niezbędny dla osób starszych i z niepełnosprawnością. Niepełnosprawność fizyczna ogranicza mobilność, możliwość przyjmowania pewnych pozycji ciała, samodzielnego wykonywania podstawowych czynności, załatwiania potrzeb fizjologicznych, mycia i jedzenia. Problemy z poruszaniem się często oznaczają potrzebę stałej pomocy ze strony innych osób, co może być frustrujące, kłopotliwe, wywoływać wstyd i obniżać pewność siebie.

Istotnym aspektem projektowania i modernizacji przestrzeni wewnętrznych oddziału jest dobór wyposażenia, który powinien uwzględniać ograniczenia

pacjentów wynikające z różnych dysfunkcji, w tym dysfunkcji ruchowych. W doborze mebli należy uwzględniać szczególne potrzeby użytkowników.

Należy rozważyć wyposażenie oddziału w co najmniej jedno łóżko o większej nośności, jak również z możliwością powiększenia jego długości, z pilotem i barierkami zabezpieczającymi, oraz kilka łóżek, gdzie umożliwiałyby regulowanie wysokości materaca.

Europejska Konwencja Praw Człowieka nie zawiera żadnych norm wyznaczających szczegółowe standardy w zakresie warunków pobytu w szpitalach psychiatrycznych. Państwa mają więc względną dowolność, ograniczoną oczywiście zakazem tortur i niehumanitarnego traktowania.

Zgodnie z treścią Zalecenia (2004) 10 Komitetu Ministrów Rady Europy dla państw członkowskich w sprawie ochrony praw człowieka oraz godności osób z zaburzeniami psychicznymi³⁹: art. 9 – „Obiekty przeznaczone do umieszczania w nich osób z zaburzeniami psychicznymi powinny, uwzględniając indywidualny stan zdrowia i bezpieczeństwo innych, zapewniać każdej z tych osób otoczenie i warunki życia możliwie najbardziej zbliżone do warunków, w jakich żyją w danej społeczności ludzie w zbliżonym wieku, tej samej płci i reprezentujący podobny poziom”; art. 10 pkt 4 – „Państwa Członkowskie powinny podjąć następujące kroki, uwzględniając dostępne środki zapewnienie oceny potrzeb w zakresie zdrowia fizycznego osób z zaburzeniami psychicznymi oraz zapewnienie im równego dostępu do odpowiedniej jakości usług w celu zaspokojenia tych potrzeb”.

Zapewnienie mieszkańcom takich placówek odpowiednich warunków bytowych jest niezbędne dla zagwarantowania prawidłowego toku ich terapii. Z uwagi na powyższe, warunki panujące w zakładach psychiatrycznych powinny być oceniane

³⁹ Zalecenie Rec(2004)10 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich w sprawie ochrony praw człowieka oraz godności osób z zaburzeniami psychicznymi przyjęte przez Komitet Ministrów 22 września 2004 na 896. posiedzeniu przedstawicieli ministrów na podstawie artykułu 15b Statutu Rady Europy

także przez pryzmat art. 68 ust. 3 Konstytucji RP, nakładającego na władze publiczne obowiązek zapewnienia osobom z niepełnosprawnością „szczególnej opieki zdrowotnej”⁴⁰. Uchybienia w zakresie warunków bytowych w zakładzie psychiatrycznym mogą być uznane za poniżające traktowanie.

Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych obok zakazu tortur oraz okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania ustanawia także nakaz traktowania pozbawionych wolności osób z niepełnosprawnością w sposób zgodny z celami i zasadami Konwencji, co obejmuje konieczność zapewnienia im racjonalnych usprawnień (art. 14 ust. 2).

Dalsza modernizacja oddziału powinna przebiegać z zachowaniem standardów technicznych, tak, by dostosować oddział do potrzeb osób z niepełnosprawnością. Szczegółowe standardy techniczne, które powinny spełniać budynki dostępne dla osób z niepełnosprawnościami, zawiera raport tematyczny KMPT pt. „Monitoring traktowania więźniów z niepełnosprawnością fizyczną i sensoryczną”⁴¹.

Niezależnie od powyższego, wskazać należy, iż niektórzy z pacjentów skarżyli się na oferowane przez szpital wyżywienie, w tym na brak owoców i warzyw. CPT zwraca uwagę na warunki żywieniowe w zakładach psychiatrycznych. Władze krajowe powinny zagwarantować takim placówkom odpowiednie środki finansowe, aby zapewnić osobom w nim przebywającym zróżnicowaną dietę, obejmującą owoce, warzywa, mięso, ryby i produkty zbożowe⁴². Należy przy tym unikać sytuacji, w których pacjenci, wskutek niewłaściwego żywienia w zakładzie, muszą polegać na

⁴⁰ M. Szwed, Przymusowe umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym w świetle współczesnych standardów ochrony praw człowieka, Warszawa 2020.

⁴¹ Raport dostępny jest pod adresem: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/monitoring-traktowania-wiezniow-z-niepelnosprawnoscia-fizyczna-i-sensoryczna-raport-z>

⁴² CPT, raport z wizyty w Mołdawii w 2015 r., pkt 152

żywności nadsyłanej przez rodziny – tworzy to bowiem nierówności między nimi i może prowadzić do nadużyć⁴³.

Warto też w tym miejscu wspomnieć, iż do nowo wybudowanej części oddziału psychiatrycznego ma zostać przeniesiona izba przyjęć przeznaczona dla pacjentów tego oddziału. Z relacji części personelu wynika jednak, że z uwagi na fakt, iż osoby przyjmowane często wymagają konsultacji lekarzy innych specjalizacji, izbę przyjęć należałoby pozostawić w miejscu dotychczasowym.

8. Rekomendacje

Na podstawie art. 19 Protokołu Fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, Krajowy mechanizm Prewencji Tortur zaleca:

8.1 Dyrektorowi Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Działdowie:

- 8.1.1 dokumentowanie obrażeń, za zgodą pacjenta, za pomocą zdjęć i na mapach ciała;
- 8.1.2 stosowanie przymusu bezpośredniego zgodnie ze standardami zawartymi w pkt 7.4 raportu, w szczególności poza obecnością innych pacjentów, z chwilowymi przerwami na czynności fizjologiczne i zjedzenie posiłku, napicie się wody;
- 8.1.3 przekazywanie cudzoziemcom nieposługującym się językiem polskim wszelkich informacji i oświadczeń sporządzanych w trakcie izolacji w języku dla nich zrozumiałym, np. za pośrednictwem tłumacza;
- 8.1.4 opracowanie aktów wewnętrznych dostępnych dla pacjentów w językach, którymi najczęściej posługują się cudzoziemcy na oddziale;
- 8.1.5 zamieszczanie w dokumentacji medycznej informacji, czy i w jaki sposób przekazane zostały cudzoziemcowi informacje o pobycie w placówce;

⁴³ Zob. np. CPT, raport z wizyty na Malcie (2015 r.), CPT/Inf (2016) 25, pkt 111.

- 8.1.6 rozbudowanie form aktywności terapeutycznej, w tym spacerów – tak aby dostępne były również w weekendy oraz w godzinach późnopołudniowych;
- 8.1.7 wydawanie decyzji o przyjęciu pacjenta w trybie bez zgody przy zasięgnięciu opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa;
- 8.1.8 zatrudnienie dodatkowej kadry lekarskiej;
- 8.1.9 zatrudnienie dodatkowych psychologów;
- 8.1.10 zapewnienie odpowiedniego wsparcia dla personelu poprzez rozbudowanie oferty szkoleń 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, ponadto zaznajomienie personelu z treścią Protokołu stambulskiego;
- 8.1.11 wprowadzenie zewnętrznej superwizji dla pracowników;
- 8.1.12 wyposażenie pomieszczeń w sygnalizację alarmowo-przyzywową;
- 8.1.13 wyposażenie personelu w przyciski antynapadowe;
- 8.1.14 wyposażenie niniejszej placówki w łóżka dla osób niepełnosprawnych – co najmniej jedno łóżko o większej nośności, jak również z możliwością powiększenia jego długości, z pilotem i barierkami zabezpieczającymi, oraz kilka łóżek, w których umożliwione byłoby regulowanie wysokości materaca;
- 8.1.15 urozmaicenie oferowanej diety poprzez zapewnienie pacjentom większej ilości owoców i warzyw;
- 8.1.16 rozważenie pozostawienia izby przyjęć w dotychczasowym miejscu z uwagi na szerszą dostępność lekarzy specjalizacji innych niż psychiatria do ewentualnej konsultacji;
- 8.1.17 zwrócenie się do dziekanów Okręgowej Izby Adwokackiej w Płocku oraz Okręgowej Izby Radców Prawnych w Olsztynie, aby wezwali przynależących do niniejszych izb adwokatów i radców prawnych do zmiany niewłaściwych praktyk postępowania w

zakresie kontaktów z osobami, które zostały umieszczone na oddziale psychiatrycznym bez własnej zgody;

- 8.1.18 stworzenie instrukcji lub regulaminu postępowania z korespondencją przychodzącą do osób hospitalizowanych, informowanie pacjentów o konieczności aktualizacji adresu oraz zaprzestanie odbierania korespondencji do osób, które opuściły szpital;
- 8.1.19 zmianę regulaminu odwiedzin, tak aby umożliwić odwiedzanie pacjentów przez dzieci poniżej 7 roku życia oraz przez więcej niż 2 osoby.

8.2 Staroście Powiatu Działdowskiego:

Udzielenie wsparcia finansowego niezbędnego do realizacji ww. zaleceń.

Opracowała: Maria Darul-Pikarska

Za Zespół wizytujący podpisuje:

Przemysław Kazimirski

Dyrektor Zespołu

/-podpisano elektronicznie/