



Warszawa, 31-07-2024 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.574.2.2023.PW

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji w Oddziale
Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu i Oddziale Psychiatrycznym
dla Dzieci i Młodzieży Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie
Chorych w Bolesławcu**

1. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

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

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

wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą działającego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, 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 innej”⁴.

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, 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.

² Zob. art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2023 r. poz. 1058; dalej: ustawa o Rzeczniku Praw Obywatelskich).

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, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu⁷.

KMPT nie jest organem dochodzeniowo-śledczym. Nie rozpatruje również skarg⁸. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur i złego traktowania osób pozbawionych wolności oraz proponowanie 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 zidentyfikują 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. pacjenci, personel, osoby odwiedzające) lub organizacja, która przekazała KMPT informację, nie może ponieść jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie od tego, czy udzieliła

⁷ Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. np. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2022 r., Część II – Jak pracuje KMPT? Raport dostępny na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-raport-dzialalnosc-kmpt-2022>.

⁸ Zob. Dziewiąte Sprawozdanie Roczne SPT z 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, Aneks do sprawozdania, część II, pkt 6. Zob. 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 lit. b OPCAT.

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

Na podstawie art. 19 OPCAT oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 31 lipca – 4 sierpnia 2023 r. przedstawiciele KMPT przeprowadzili wizytację Oddziału Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu i Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu (dalej: szpital, oddział, placówka).

W skład delegacji KMPT wchodził: Rafał Kulas (prawnik), Ewa Kownacka (psycholożka), Justyna Zarecka (politolog, specjalista w zakresie bezpieczeństwa wewnętrznego), Paulina Wróbel (psycholog) oraz ekspert zewnętrzny Leszek Asman (lekarz ze specjalizacją z zakresu psychiatrii), którego ekspertyza została włączona w stosownym zakresie do treści niniejszego raportu.

Celem wizytacji, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzenie sposobu traktowania i warunków detencji pacjentów szpitala oraz przedstawienie rekomendacji, które wzmocnią ich ochronę przed ryzykiem tortur i innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania.

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- przeprowadzono rozmowę na temat funkcjonowania placówki z Jarosławem Karbowskiem – Dyrektorem Szpitala;

- dokonano oglądu wybranych pomieszczeń szpitala i terenu rekreacyjnego;
- przeprowadzono indywidualne i poufne rozmowy z wybranymi pacjentami i pracownikami;
- poddano analizie wybraną dokumentację;
- zapoznano się z wybranymi przez delegację KMPT nagraniami monitoringu wizyjnego;
- wykonano dokumentację fotograficzną.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano wybraną dokumentację związaną z funkcjonowaniem placówki oraz przeanalizowano nagrania monitoringu z zastosowania przymusu bezpośredniego.

W przedmiocie zainteresowania przedstawicieli KMPT każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: legalność pobytu, traktowanie, prawo do informacji, prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym, dostęp do opieki medycznej, dostęp do obrońcy, możliwość powiadomienia osoby bliskiej o umieszczeniu w placówce, możliwość złożenia skargi, warunki bytowe, oddziaływania edukacyjne, terapeutyczne i kulturalne oraz kwalifikacje personelu. W raporcie wyszczególniono te zagadnienia, które w ocenie przedstawicieli KMPT wymagają poprawy. Podkreślono także obszary, które sprzyjają prawidłowemu funkcjonowaniu Ośrodka. Raport omawia również problemy o charakterze systemowym, związane z koniecznością zmiany obowiązującego prawa lub praktyki jego stosowania.

4. Charakterystyka placówki

Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Bolesławcu jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Organem założycielskim jest Samorząd Województwa Dolnośląskiego, a organem inicjującym i opiniodawczym jest

Rada Społeczna¹⁰. W szpitalu znajduje się 14 oddziałów, Zakład Opiekuńczo Leczniczo-Psychiatryczny, Centrum Zdrowia Psychicznego dla osób dorosłych, Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży oraz 5 poradni specjalistycznych.

W zainteresowaniu KMPT podczas wizytacji pozostawały 2 oddziały: Oddział Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu (5CS) (dalej: oddział, oddział psychiatrii sądowej), posiadający 52 łóżka, oraz Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży (5B) (dalej: oddział, oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży) z 24 łózkami.

W dzień wizytacji na oddziale sądowym przebywało 51 osób, zaś na oddziale dziecięcym – 13 osób.

5. Problemy systemowe

5.1. Pełnienie przez pracownika placówki funkcji opiekuna prawnego pacjenta

Jeden z pracowników szpitala (wykonujący obowiązki na oddziale psychiatrycznym sądowym o podstawowym stopniu zabezpieczenia) pełnił jednocześnie funkcję opiekuna prawnego ubezwłasnowolnionej pacjentki. W związku z powyższym odbierał wszelką korespondencję adresowaną do pacjentki oraz gospodarował jej finansami.

Pełnienie funkcji opiekunów prawnych osób ubezwłasnowolnionych przez pracowników szpitala budzi obawy przedstawicieli KMPT. Jednym z zadań opiekuna prawnego powinno być bowiem monitorowanie, czy podopieczny ma zapewnioną w placówce odpowiednią opiekę i nie przebywa w warunkach naruszających jego godność. Pracownikowi szpitala może być trudno zachować w tej sytuacji obiektywność. Ponadto pełnienie przez personel szpitala funkcji opiekunów prawnych

¹⁰ Zob. Uchwała nr VIII/3/21 Rady Społecznej Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Bolesławcu z dnia 21 lipca 2021 r.

wiąże się z nakładaniem na nich dodatkowych obowiązków kosztem czasu wolnego. Może to zatem prowadzić do braku odpowiedniej motywacji, by właściwie i rzetelnie wykonywali powierzone obowiązki.

Na problem ten zwracał również uwagę Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT), podkreślając, że jednym z aspektów roli opiekuna jest obrona – w razie konieczności – praw osób z niepełnosprawnościami wobec instytucji przyjmującej. Pełnienie funkcji opiekuna przez pracownika tej samej instytucji może prowadzić do konfliktu interesów oraz zagrozić niezależności i bezstronności opiekuna. CPT rekomenduje w takich sytuacjach, aby władze kraju dążyły do znalezienia alternatywnych rozwiązań, które mogłyby lepiej zagwarantować niezależność i bezstronność opiekunów¹¹.

5.2. Instalacja przyzywowa

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

Montaż sygnalizacji przywoławczej ma szczególne znaczenie dla osób z niepełnosprawnościami, które zgodnie z wymogami Konwencji ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych¹² powinny mieć zapewnione różne formy pomocy, szeroko

¹¹ Zob. Standardy CPT przedstawione w dokumencie pt. Persons deprived of their liberty in social care establishments, Factsheet, 21 December 2020, CPT/Inf (2020) 41, p. 32. Zob. również raporty CPT z wizyt w: Polsce w 2009 r., CPT/Inf (2011) 20, p. 167; Bułgarii w 2020 r., CPT/Inf (2020) 39, p. 81; Ukrainie w 2019 r., CPT/Inf (2020) 1, p. 44 oraz na Łotwie w 2016 r., CPT/Inf (2017) 16, p. 157.

¹² Zob. Dz. U. z 2012 r. poz. 1169.

rozumianą dostępność umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi.

Europejski Komitet do spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) wielokrotnie zwracał na ten problem uwagę w swoich raportach z wizytacji szpitali psychiatrycznych, zalecając montaż i pilnowanie sprawności urządzeń służących do wezwania pomocy¹³.

Zdaniem KMPT przyciski alarmowo-przyzywowe powinny być we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez pacjentów (łazienki, pokoje łóżkowe, pomieszczenia jednoosobowe do wykonywania przymusu bezpośredniego, m.in. w postaci izolacji). Problem ten był sygnalizowany Ministrowi Zdrowia już w 2017 r.¹⁴ Mimo to wciąż pozostaje nierozwiązany. Sprawa pozostaje w zainteresowaniu Rzecznika Praw Obywatelskich.

6. Obszary wymagające poprawy

6.1. Traktowanie

6.1.1. Kontrola osobista nieletnich pacjentów

W czasie poufnych rozmów nieletni pacjenci z oddziału psychiatrii dla dzieci i młodzieży wskazywali, że byli poddawani kontroli osobistej przy przyjęciu do oddziału. Kontroli miały dokonywać pielęgniarki w gabinecie lekarskim. Miała ona polegać na rozebraniu się dziecka do bielizny. Czasami miała ona formę etapową (pacjent musiał zdjąć górną lub dolną część odzieży, a po jej sprawdzeniu i ubraniu się musiał zdjąć kolejną część). Kilka pacjentek sygnalizowało, że musiało całkowicie rozebrać się do naga.

¹³ Zob. Raport CPT z wizyty na Węgrzech w 2009 r., CPT/Inf(2010)16, p. 95; Raport CPT z wizyty na Węgrzech w 2005 r., CPT/Inf(2006)20, p. 134; Raport CPT z wizyty w Hiszpanii w 2003 r., CPT/Inf(2007)28, p. 132; Raport CPT z wizyty w Turcji w 1997 r., CPT/Inf(99)2, p. 198.

¹⁴ Zob. Wystąpienie generalnie RPO z dnia 22 maja 2017 r., KMP.574.4.2017.DK.

Warto podkreślić, że kontrola osobista jest środkiem bardzo inwazyjnym i potencjalnie poniżającym. Ponadto obowiązujące przepisy prawne nie upoważniają personelu szpitala do przeprowadzania takich kontroli. **Z uwagi na powyższe KMPT rekomenduje odstąpienie od tej praktyki.**

6.1.2. Niewłaściwe traktowanie

Delegacja odebrała od pacjentów sygnały o niewłaściwym traktowaniu przez pracowników oddziału psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu. Pracownicy mieli okazywać pacjentom agresję werbalną, zastraszać ich i prowokować.

Podobne sygnały pojawiły się na oddziale psychiatrii dla dzieci i młodzieży, gdzie pacjenci zgłaszali, że personel medyczny ma odnosić się do nich w sposób agresywny. W rozmowach powtarzały się sygnały, że pracownicy krzyczą na pacjentów, przeklinają, zakazują wchodzenia do sal. Jeden z pacjentów opowiedział wizytującemu o tym, że za karę za swoje niegrzeczne zachowanie musiał ściągnąć spodnie i bieliznę, po czym miał być bity obuwiem po pośladkach.

KMPT zaleca władzom Szpitala przypomnienie personelowi pracującemu w tych oddziałach, aby traktować pacjentów z szacunkiem.

6.1.3. Odpowiedzialność zbiorowa

Delegacja KMPT otrzymała sygnały, że w oddziale sądowym o podstawowym zabezpieczeniu praktykuje się stosowanie kar oraz odpowiedzialności zbiorowej. Pacjenci zgłaszali przykładowo, że jeśli jeden z pacjentów jest pod wpływem środków psychoaktywnych, to pacjenci z całego oddziału są karani, np. zakazem wychodzenia do sklepu z personelem. Pojawiły się również informacje o zastraszaniu pacjentów. Przykładowo kilku pacjentów opowiedziało wizytującemu, że kierownik oddziału miał straszyć pacjentów, że jeśli coś zginie, to wszyscy pacjenci będą mieli odbierane prywatne telefony i wyjścia na zakupy.

Podobna sytuacja miała miejsce w oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży. Z otrzymanych sygnałów wynika, że pacjenci za niestosowanie się do poleceń personelu mają odebraną tzw. słodką szafę (dzieci przechowują w szafie swoje słodycze, z których codziennie o określonej godzinie mogą korzystać – kiedy nie stosują się do poleceń personelu, odbiera się wszystkim pacjentom możliwość skorzystania z przywileju).

W ocenie KMPT stosowanie odpowiedzialności zbiorowej jest praktyką niewłaściwą i kontrproduktywną. Może ona wywoływać u pacjentów poczucie krzywdy i niesprawiedliwości, prowokować chęć odwetu, budzić opór i stwarzać bariery terapeutyczne. Ponadto jest to praktyka nieformalna, nieuregulowana w żadnym akcie prawnym lub dokumencie regulującym funkcjonowanie oddziału. **Stanowczo rekomenduje się zaprzestanie stosowania odpowiedzialności zbiorowej.**

6.1.4. Przemoc ze względu na płeć i przemoc seksualna (*sexual and gender-based violence* – SGBV)

Jedna z pacjentek oddziału psychiatrii sądowej o podstawowym stopniu zabezpieczenia opowiedziała delegacji KMPT o tym, że w nocy w toalecie oddziału doświadczyła molestowania seksualnego ze strony innego pacjenta. Sygnalizowała również, że w nocy pacjenci płci męskiej wchodzili do jej sali. Pracownicy oddziału w trakcie rozmowy z wizytującymi sygnalizowali, że z uwagi na ilość personelu nadzór nad zachowaniem pacjentów jest osłabiony. Przedstawiciele KMPT otrzymali również sygnały od pacjentów i pracowników, że pacjenci używają wobec nich wulgarnego języka, w tym komentarzy o seksualnym charakterze, a personel pozostaje na nie obojętny i nie podejmuje żadnych interwencji.

Przemoc ze względu na płeć to przemoc, która skutkuje lub może skutkować fizyczną, seksualną lub psychiczną krzywdą lub cierpieniem, a skierowana jest wobec danej osoby z powodu dyskryminacji ze względu na płeć, z oczekiwaniami dotyczącymi

roli dla danej płci oraz/lub ze stereotypami dotyczącymi płci, bądź w związku z różnym statusem władzy w powiązaniu z płcią¹⁵.

Przemoc seksualna jest szczególną formą przemocy ze względu na płeć, która obejmuje wszelkie akty seksualne, próby uzyskania aktu seksualnego, niechciane komentarze lub zaloty o charakterze seksualnym lub działania mające na celu handel ludźmi bądź działania w inny sposób skierowane przeciwko seksualności osoby przy użyciu przymusu, podejmowane przez dowolną osobę, bez względu na jej relację z ofiarą, w dowolnym otoczeniu¹⁶.

KMPT rekomenduje przeszkolenie personelu w zakresie problematyki przemocy ze względu na płeć i przemocy seksualnej (SGBV) oraz zapewnienie, że personel odpowiednio reaguje na wszelkie przypadki przemocy ze względu na płeć i przemocy seksualnej wobec innych osób. Ponadto Krajowy Mechanizm zaleca rozważenie włączenia problematyki SGBV do procedur wewnętrznych szpitala w celu skutecznego przeciwdziałania temu zjawisku i zapewnienia odpowiedniej reakcji w przypadku jego wystąpienia.

6.1.5. Przymus bezpośredni

Pacjenci oddziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży w indywidualnych rozmowach poinformowali delegację KMPT o praktyce straszenia pacjentów przymusem bezpośrednim. Dzieci opowiadały, że często są straszone „zapięciem w pasy” w sytuacjach, gdy nie chcą zjeść posiłku lub są zbyt głośne, niespokojne.

Jedna z pacjentek oddziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży opowiadała, że gdy doświadczyła ataku paniki, była straszona przez pracowników zapięciem w pasy lub zastrzykiem na uspokojenie. Z kolei inna pacjentka opowiedziała pracownikom

¹⁵ Zob. Przemoc seksualna i przemoc związana z płcią w miejscach pozbawienia wolności – zapobieganie i reagowanie Standardy, rozwiązania, przykłady z regionu OBWE, OSCE/ODIHR 2023, s. 18.

¹⁶ Tamże, s. 23.

KMPT o sytuacji, gdy chłopiec przebywający w oddziale miał zostać poddany środkom przymusu bezpośredniego z uwagi na niestosowanie się do poleceń personelu.

KMPT podkreśla, że przymus bezpośredni nie może być wykorzystywany w celu dyscyplinowania pacjentów. Taka praktyka nie znajduje podstaw prawnych. Jest też szkodliwa dla ogólnej atmosfery oraz zrozumienia przez pacjenta istoty i konieczności stosowania przymusu wtedy, gdy będzie on uzasadniony i potrzebny.

KMPT zaleca zaprzestanie stosowania przymusu bezpośredniego w celu dyscyplinowania pacjentów.

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu przeanalizowali dokumentację medyczną oraz nagrania z monitoringu wizyjnego dwóch pacjentów: nieletniego chłopca z oddziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży, wobec którego stosowano środki przymusu bezpośredniego 51 razy (łącznie ok. 325 godz. stosowania środków przymusu bezpośredniego), oraz kobiety z oddziału psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu (łącznie 66 godz. stosowania środków przymusu bezpośredniego).

Analiza nagrań monitoringu z zastosowania środków przymusu bezpośredniego w dniu 9 lipca 2023 r. wykazała, że chłopiec z oddziału dla dzieci i młodzieży przebywał w unieruchomieniu ok. 15 godz. Na nagraniu widać, jak chłopiec samodzielnie kładzie się do łóżka przed zastosowaniem unieruchomienia w obecności trzech pracowników personelu medycznego, a w trakcie stosowania środka przymusu bezpośredniego zachowuje się spokojnie. Z kolei w Karcie zastosowania przymusu bezpośredniego¹⁷ pojawiają się adnotacje sprzeczne z nagraniem. Wobec chłopca zostały zastosowane środki przymusu bezpośredniego o godz. 8:15, gdzie na nagraniu widać powyżej opisaną sytuację, natomiast w dokumentacji pojawiają się adnotacje dotyczące

¹⁷ Karta zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby przebywającej w szpitalu psychiatrycznym, innym zakładzie leczniczym albo w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej. Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 maja 2022 r.

zachowania pacjenta: szarpie się, wykrzykuje. Następnie na nagraniu monitoringu widać, jak chłopiec leży w łóżku i najprawdopodobniej śpi (leży w bezruchu), jednak adnotacje w karcie zastosowania przymusu bezpośredniego nie ulegają zmianie, nadal wskazują na pobudzenie chłopca.

KMPT zwraca szczególną uwagę na stosowanie środków przymusu bezpośredniego z powodu ich inwazyjnego charakteru oraz możliwości nadużycia i złego traktowania. W powyższej sytuacji Krajowy Mechanizm ma poważne wątpliwości co do zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego wobec chłopca.

Zgodnie ze standardami CPT stosowanie przymusu powinno być traktowane jako środek ostateczny, a czas ich zastosowania powinien być możliwie jak najkrótszy (zwykle minuty, a nie godziny) i zawsze powinien zostać zakończony, gdy ustaną przyczyny leżące u podstaw ich zastosowania. Utrzymywanie środków przymusu mechanicznego po ustaniu powodu do jego zastosowania nie znajduje żadnego uzasadnienia i mogłoby, zdaniem CPT, być równoznaczne ze złym traktowaniem. Po zaprzestaniu stosowania środków przymusu ważne jest udzielenie pacjentowi informacji, wyjaśnienie powodów zastosowania środka przymusu wobec niego, zmniejszenie urazu psychologicznego, jakiego doznał, i przywrócenie właściwej 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 przymusu¹⁸.

Natomiast jeśli z istotnych powodów, stosuje się środki przymusu mechanicznego lub izolację pacjenta dłużej niż przez kilka godzin, to środek taki powinien być poddawany kontroli lekarza w krótkich odstępach czasu. W przypadkach, gdy środki przymusu stosuje się w sposób powtarzalny, należy rozważyć udział drugiego lekarza i przeniesienie danego pacjenta do bardziej

¹⁸ Zob. Raport CPT z wizyty w Rumunii w 2022 r., CPT/Inf(2023)28, p. 59; Raport CPT z wizyty w Austrii w 2021 r., CPT/Inf (2023)03, p. 156.

wyspecjalizowanej placówki psychiatrycznej¹⁹. Ponadto CPT jest zdania, że co do zasady nieletni nie powinni być poddawani unieruchomieniu z uwagi na fakt, iż ryzyko i konsekwencje są o wiele bardziej dolegliwe, przy uwzględnieniu wrażliwości młodych osób. W ekstremalnych przypadkach, gdy użycie siły zostanie uznane za stosowne w celu zapobieżenia eskalacji agresji lub autoagresji, jedynym dozwolonym środkiem interwencyjnym powinno być użycie unieruchomienia ręcznego, np. przytrzymanie nieletniego przez personel do czasu, aż pacjent się uspokoi²⁰.

Krajowy Mechanizm zaleca zapewnienie, że środki przymusu bezpośredniego są stosowane tylko w sytuacjach, gdy jest to absolutnie konieczne, i zgodnie z przepisami prawa. KMPT zaleca również rzetelne odnotowywanie przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego w dokumentacji.

Przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia nie był stosowany w salach izolacyjnych z uwagi na brak pomieszczenia przeznaczonego do tego celu. Pacjenci unieruchamiani byli w salach łóżkowych w obecności innych pacjentów, bez osłonięcia parawanem, co nie sprzyjało ochronie ich prywatności, było upokarzające, a w razie braku nadzoru lub przy osłabionym nadzorze mogło być dla nich niebezpieczne. Analiza nagrań monitoringu wykazała, że w trakcie zastosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia w oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży pacjent pozostawał bez większego nadzoru ze strony personelu w sali z innymi małoletnimi. Na nagraniach monitoringu widać, jak chłopcy zaczepiali unieruchomionego pacjenta, dotykali go, zabierali mu rzeczy, wskakiwali na jego łóżko.

W opinii Krajowego Mechanizmu powyższa sytuacja stwarzała ryzyko wystąpienia przemocy ze strony innych pacjentów wobec unieruchomionego chłopca,

¹⁹ Zob. Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych (zrewidowane standardy CPT), CPT/Inf(2017)6, p. 4.2.

²⁰ Raport CPT z wizyty w Chorwacji w 2022 r. CPT/Inf (2023)30, p. 202; Raport CPT z wizyty w Irlandii w 2019 r., CPT/Inf (2020) 37, p. 114.

w tym SGBV. Dlatego też pacjent przebywający w unieruchomieniu powinien pozostawać pod ciągłym nadzorem personelu w celu zapewnienia mu poczucia bezpieczeństwa. Personel powinien reagować na wszelkie zachowania mogące negatywnie wpłynąć na komfort pacjenta i stwarzać dla niego zagrożenie. W przypadku mechanicznego środka przymusu wykwalifikowany członek personelu powinien być stale obecny w pokoju w celu utrzymania relacji terapeutycznej z pacjentem i udzielenia mu pomocy. Jeżeli pacjenci są trzymeni w odosobnieniu, członek personelu może znajdować się poza pokojem pacjenta (lub w sąsiednim pomieszczeniu z oknem łączącym), pod warunkiem, że pacjent może widzieć członka personelu, a ten może stale obserwować i słyszeć pacjenta²¹. Nadzór wideo nie może jednak zastąpić ciągłej obecności personelu.

CPT podkreśla, że „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”²².

Krajowy Mechanizm rekomenduje stosowanie unieruchomień w salach izolacyjnych, a gdyby nie było to możliwe – osłanianie pacjentów parawanem w celu zapewnienia prywatności.

Zaniepokojenie wizytujących wzbudziła praktyka zakładania pacjentom pampersów przed unieruchomieniem za pomocą pasów. Z analizy nagrań monitoringu wynikało, że praktyka ta jest stosowana automatycznie, niezależnie od stanu pacjenta. Personel nie stosował chwilowego zwolnienia pacjenta w celu zmiany pozycji i załatwienia potrzeb fizjologicznych.

Nieletni pacjent, oprócz założonego pampersa, miał również przy łóżku postawioną tzw. kaczkę sanitarną. Na nagraniach monitoringu widać, jak nagi chłopiec

²¹ Zob. Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych..., p. 7.

²² Tamże, p. 3.5.

korzystał z niej, będąc w częściowym unieruchomieniu, i w obecności innych dzieci. Dodatkowo analiza nagrań monitoringu wykazała, że nieletni pacjent rozebrał się i leżał roznegliżowany w łóżku w trakcie stosowania środków przymusu bezpośredniego w obecności innych pacjentów. **Powyższe sytuacje stanowią przejaw poniżającego traktowania pacjenta.** Ponadto pacjent nie był zwalniany ze stosowania środków przymusu bezpośredniego w trakcie posiłków – był karmiony przez pracowników.

Podobna sytuacja miała miejsce w oddziale psychiatrii sądowej o podstawowym stopniu zabezpieczenia, gdzie pacjentka przed unieruchomieniem samodzielnie założyła pampersa na prośbę personelu, w obecności personelu medycznego oraz grupy interwencyjnej, w skład której wchodził mężczyźni. **Powyższa praktyka stanowi poniżające traktowanie.** Ponadto obserwowanie pacjentki przez pracowników ochrony w trakcie tak intymnych czynności jak przebieranie się czy zakładanie pieluchy może wypełniać znamiona przemy seksualnej i przemy ze względu na płeć (SGBV).

Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT) i Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (CPT) podkreślają, że 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 przeznaczonym²³.

Krajowy Mechanizm zaleca zaprzestanie praktyki rozbierania pacjentów w obecności pracowników ochrony. Ponadto KMPT rekomenduje zaprzestanie praktyki zakładania pampersa unieruchamianym pacjentom na rzecz stosowania chwilowego zwolnienia w celu załatwienia przez nich potrzeb fizjologicznych. Dodatkowo zaleca, aby pacjenci przebywający w unieruchomieniu byli odpowiednio ubrani.

²³ Zob. Raport SPT z wizyty w Mongolii w 2017 r., CAT/OP/MNG/1, p. 123; Raport CPT z wizyty w Chorwacji w 2022 r., CPT/Inf (2023)30, p. 198; Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych (zrewidowane standardy CPT), CPT/Inf(2017) 6, p. 3.3.

W trakcie analizy monitoringu wizyjnego przedstawiciele KMPT zauważyli, że podczas przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia stosowanego nie zawsze są przestrzegane normy dotyczące regularnego badania przez personel medyczny. Stan pacjentów nie był kontrolowany przez pielęgniarkę co 15 minut, jak również nie następowało osobiste badanie unieruchomionego pacjenta przy przedłużaniu stosowania środka przymusu bezpośredniego.

Zgodnie z art. 18a ust. 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego²⁴, „stan fizyczny osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej kontroluje pielęgniarka nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby”. Ponadto zgodnie z ust. 8 ww. artykułu przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego po upływie pierwszych 4 godzin następuje po osobistym badaniu przez lekarza.

KMPT rekomenduje zapewnienie w praktyce, że stan fizyczny unieruchomionego pacjenta jest kontrolowany przez pielęgniarkę, na zasadach określonych w ustawie. Zaleca również zapewnienie, że decyzja o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia jest podejmowana po osobistym zbadaniu pacjenta przez lekarza.

W trakcie rozmów z personelem i pacjentami oddziału sądowego o podstawowym zabezpieczeniu oraz pracownikami ochrony wizytujący zostali poinformowani o zdarzających się przypadkach asysty funkcjonariuszy Policji przy stosowaniu przymusu bezpośredniego.

Z relacji personelu i pacjentów wynikało, że funkcjonariusze są wzywani w celu podjęcia interwencji wobec pacjentów szpitala stanowiących zagrożenie. Przyjeżdżają wówczas w pełnym umundurowaniu oraz posiadają przy sobie sprzęt do stosowania środków przymusu bezpośredniego (gaz, pałkę, kajdanki) oraz broń palną. Taka

²⁴ Dz. U. z 2024 r. poz. 917.

praktyka może stanowić zagrożenie dla pacjentów (w razie wyrwania broni lub utraty kontroli nad sytuacją) oraz jest potencjalnie zastraszająca dla pacjentów. Budzi też wątpliwości z terapeutycznego punktu widzenia.

Zgodnie ze standardami CPT placówki opieki psychiatrycznej powinny dysponować wystarczającą liczbą właściwie wyszkolonych pracowników do podejmowania interwencji w sytuacji pobudzenia pacjentów²⁵.

6.2. Dokumentowanie obrażeń

W Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu wszelkie obrażenia, obrzęki i stan somatyczny pacjenta opisywane są podczas przyjęcia w raportach lekarskich oraz pielęgniarskich. Do dokumentacji nie jest jednak dołączana karta, która w sposób graficzny pozwalałaby udokumentować miejsca obrażeń (tzw. mapa ciała). Obrażenia nie są również dokumentowane w formie fotograficznej, co byłoby wskazane, za zgodą pacjenta.

Na kwestię stosowania map ciał i odpowiedniego dokumentowania wszelkich urazów zwrócił uwagę 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 medycznej²⁶. **Mając to na uwadze, KMPT rekomenduje dokumentowanie obrażeń pacjentów zgodnie z powyżej przedstawionymi standardami.**

²⁵ Zob. Raport CPT z wizyty w Holandii, CPT/Inf (2017) 1, p. 138; Raport CPT z wizyty w Czechach, CPT/Inf (2015) 18, p. 168; Raport CPT z wizyty w Danii, CPT/Inf (2014) 25, p. 127; Raport CPT z wizyty w Islandii, CPT/Inf (2013) 37, p. 81.

²⁶ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2017 r., CPT/Inf (2018) 39, p. 80.

W kontekście prawidłowego dokumentowania obrażeń istotne jest zaznajomienie pracowników z Protokołem stambulskim, czyli Podręcznikiem skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania²⁷. Protokół ten wskazuje m.in., w jaki sposób należy dokumentować wszelkie urazy przez nanoszenie ich na tzw. mapy ciała.

Niezależne badanie medyczne i właściwe dokumentowanie obrażeń stanowi minimalną gwarancję prewencji tortur. Protokół stambulski stanowi podstawowe narzędzie dostarczające informacji i wskazówek, jak identyfikować i dokumentować przypadki stosowania tortur lub innego okrutnego traktowania albo karania.

Podkomitet ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT) podkreśla, że Protokół stambulski stanowi niezbędne narzędzie wykrywania, dokumentowania, zgłaszania i jako takiego powstrzymywania tortur i złego traktowania²⁸. Pomaga nie tylko we wczesnej identyfikacji ofiar i dokumentowaniu traumy, lecz również w ocenie potrzeb i dostosowaniu do nich odpowiedniej opieki²⁹.

Krajowy Mechanizm rekomenduje zorganizowanie praktycznego szkolenia w tym obszarze. Zwiększy to potencjał zawodowy pracowników w zakresie identyfikowania, dokumentowania i zgłaszania przypadków niewłaściwego traktowania.

6.3. Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne

²⁷ Zob. Podręcznik dotyczący skutecznego dochodzenia i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania dostępny na stronie: https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/2022-06-29/IstanbulProtocol_Rev2_EN.pdf.

²⁸ Zob. Uwagi i zalecenia SPT przedstawione w raportach z wizyt w: Polsce, CAT/OP/POL/ROSP/1, p. 55; Wielkiej Brytanii, CAT/OP/GBR/ROSP/1, p. 69 i 71; Portugalii, CAT/OP/PRT/1, p. 34, 89, 93; Hiszpanii, CAT/OP/ESP/1, p. 46, 63-64, 70.

²⁹ Zob. również wspólne oświadczenie CAT, SPT, Specjalnego Sprawozdawcy ds. Tortur i Rady Powierniczej Dobrowolnego Funduszu ONZ na rzecz Ofiar Tortur z dnia 25 czerwca 2019 r., dostępne na stronie: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24739&LangID=E>.

Jak wynika z informacji przekazanych przez dyrekcję placówki, w oddziale psychiatrii sądowej o podstawowym stopniu zabezpieczenia od poniedziałku do piątku, w godzinach od 9 do 17, odbywają się następujące zajęcia: gimnastyka, zajęcia z psychologiem, zajęcia z terapeutą uzależnień, zajęcia terapeutyczne w oddziale, wyjście na spacer i zakupy, a także – co dwa tygodnie – zebrania społeczności. Ponadto w soboty w świetlicy szpitalnej odbywa się zabawa dla pacjentów lub zajęcia terapeutyczne poza oddziałem. W niedzielę organizowane są wyjścia na spacer.

Pacjenci oddziału psychiatrii sądowej o podstawowym stopniu zabezpieczenia w indywidualnych rozmowach przyznali delegacji KMPT, że zajęcia na oddziale ograniczają się jedynie do spacerów. Określili zajęcia terapeutyczne w ramach harmonogramu dnia jako „monotonne”. Wskazywali, że „spacery ograniczają się do chodzenia wokół terenu szpitala”.

Natomiast w oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży prowadzone były następujące zajęcia terapeutyczne: społeczność terapeutyczna, psychorysunek, terapia grupowa, trening umiejętności społecznych, relaksacja w sali doświadczeń sensorycznych, psychoedukacja. Zajęcia odbywały się od poniedziałku do piątku w godzinach przedpołudniowych.

W ocenie KMPT, w przypadku oddziału sądowego o podstawowym stopniu zabezpieczenia warto rozważyć urozmaicenie zajęć, które będą aktywizować pacjentów, takich jak np. muzykoterapia, arteterapia. Z kolei w przypadku oddziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży należy rozważyć obecność terapeuty zajęciowego w godzinach popołudniowych oraz w weekendy. Zwiększenie dostępności zajęć terapeutycznych uatrakcyjniłoby ofertę oddziału i korzystnie wpłynęło na atmosferę. **KMPT rekomenduje urozmaicenie oferty zajęć dla pacjentów i organizowanie zajęć terapeutycznych także w godzinach popołudniowych oraz dni wolne.**

Warto podkreślić, że zgodnie ze standardami określonymi w § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych³⁰, „w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy pacjentom zapewnia się również dostęp do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną”.

Także CPT zwraca uwagę na konieczność zapewnienia pacjentom szpitali psychiatrycznych szerokiego dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i terapeutycznych, obejmującego terapię zajęciową, grupową, arteterapię, muzykoterapię itp.³¹

6.4. Kontakt ze światem zewnętrznym

6.4.1. Odwiedziny

Zgodnie z informacjami zawartymi w Regulaminie dla odwiedzających, prawo do odwiedzin pacjentów jest realizowane codziennie. Regulamin Oddziału Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Stopniu Zabezpieczenia reguluje godziny odwiedzin – mogą one trwać do godziny 18.

Wątpliwości budzi jednak zasada granicy wiekowej określonej dla osób odwiedzających, zgodnie z którą pacjentów mogą odwiedzać jedynie osoby powyżej 14 roku życia w przypadku oddziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży, a w przypadku oddziału psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu osoby poniżej 16 roku życia muszą uprzednio uzyskać zgodę kierownika oddziału w celu odwiedzin. Regulacja ta wynika ze stosownych regulaminów³².

Należy podkreślić, iż regularne kontakty z bliskimi osobami są istotnym elementem pozostawania w kontakcie ze światem zewnętrznym, jak również mogą

³⁰ Zob. Dz. U. z 2014 r. poz. 522.

³¹ Zob. Ósme Sprawozdanie Ogólne, CPT/Inf (98)12, p. 37.

³² Zob. Regulamin Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży, Regulamin Oddziału Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Stopniu Zabezpieczenia Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Bolesławcu.

mieć pozytywny wpływ na osiągnięte przez pacjentów efekty terapeutyczne. Zwłaszcza długotrwała rozłąka rodzica z dzieckiem może nie tylko pogarszać nastrój hospitalizowanego pacjenta, lecz również negatywnie wpływać na więź między rodzicem a dzieckiem. W przypadku małych dzieci nawet kilka miesięcy rozłąki może mieć nieodwracalny wpływ na więź zbudowaną z członkiem rodziny. Warto dodać, że sala przeznaczona do odwiedzin pacjentów znajdowała się na uboczu oddziału, tuż przy samym wejściu. Tym samym do minimum zostało ograniczone ryzyko, że odwiedzający będą świadkami wydarzeń mających miejsce na oddziale.

KMPT rekomenduje umożliwienie odwiedzin pacjentów niezależnie od wieku odwiedzających.

6.4.2. Spacerzy

Spacerzy dla pacjentów z oddziału psychiatrii sądowej o podstawowym stopniu zabezpieczenia organizowane są dwa razy dziennie. Zgodnie z zasadami panującymi na oddziale pacjenci mogą korzystać ze spacerów dopiero po 14-dniowym okresie adaptacji na oddziale. Termin ten stosowany jest wobec każdego pacjenta, niezależnie od jego kondycji fizycznej i psychicznej.

KMPT rekomenduje odstąpienie od tej praktyki na rzecz indywidualnej oceny możliwości udziału przez pacjenta w spacerze. Decyzja o czasowym wstrzymaniu udziału w spacerach powinna mieć charakter zindywidualizowany, być uzależniona od stanu danej osoby i mieć uzasadnienie medyczne. Odgórny zakaz obejmujący wszystkich pacjentów negatywnie wpływa na ich stan psychofizyczny i nie znajduje uzasadnienia.

CPT zaleca, by „wszyscy pacjenci korzystali z nieograniczonego dostępu do świeżego powietrza na terenie szpitala w ciągu dnia w bezpiecznym otoczeniu, chyba że czynności lecznicze wymagają ich obecności na oddziale, a pacjenci obłożnie

chorzy, częściowo mobilni lub wymagający pomocy również mieli codzienny dostęp do świeżego powietrza³³.

6.5. Personel

W Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu w oddziale psychiatrii dla dzieci i młodzieży na dzień wizytacji pracował tylko jeden lekarz psychiatra ze specjalizacją z psychiatrii dzieci i młodzieży (pełny etat) i dwóch psychiatrów bez specjalizacji z zakresu psychiatrii dziecięcej (3/4 etatu i pełen etat). Ogólna pojemność oddziału to 24 miejsca, na dzień wizytacji zajętych było 13 łóżek – jednak w opinii personelu jest to wyjątkowa sytuacja, ponieważ na ogół oddział jest wypełniony i zdarzają się sytuacje, gdy dostawiane są łóżka. Pomimo że dyrekcja szpitala podjęła próby zatrudnienia specjalisty z zakresu psychiatrii dziecięcej, niestety nie było zainteresowanych podjęciem pracy (oferowano nawet mieszkanie służbowe dla nowego lekarza psychiatry). Ponadto w oddziale zatrudniony był następujący personel: pediatra, 2 psychoterapeutów, 3 psychologów (w tym jeden psycholog kliniczny), 8 pielęgniarek/pielęgniarzy, 2 ratowników medycznych, 4 opiekunów medycznych i 2 instruktorów terapii zajęciowej.

W oddziale psychiatrycznym sądowym o podstawowym stopniu zabezpieczenia zatrudnionych było 3 lekarzy – 2 lekarzy psychiatrów oraz jeden lekarz w trakcie specjalizacji psychiatrycznej. Ponadto w oddziale pracowało 2 psychologów, 3 psychoterapeutów uzależnień, 10 pielęgniarzy/pielęgniarek, 3 ratowników medycznych oraz 2 terapeutów zajęciowych.

Delegacja KMPT otrzymała sygnały od pacjentów oddziału psychiatrii sądowej o podstawowym stopniu zabezpieczenia, że lekarz prowadzący poświęca im zbyt mało czasu (rozmowy często odbywają się na korytarzu lub trwają kilka minut). Brak dostępności lekarza może być spowodowany niewystarczającą ilością personelu oraz

³³ Zob. Raport CPT z wizyty w Macedonii w 2023 r., CPT/Inf (2024)17, p. 137; Raport CPT z wizyty w Chorwacji w 2022 r., CPT/Inf (2023) 30, p. 152.

zatrudnieniem na część etatu, co znalazło potwierdzenie zarówno w opinii eksperta zewnętrznego, jak i spostrzeżeniach pracowników KMPT.

Braki w personelu oddziału oraz zatrudnianie na część etatu lekarzy, psychologów i psychoterapeutów stwarza warunki do realizacji określonej procedury psychologicznej/medycznej, jednak bez możliwości stworzenia zespołu diagnostyczno-leczniczego oraz bez uwzględnienia potrzeby omówienia procesów diagnostycznych, efektów terapeutycznych, monitorowania tych efektów, co powoduje brak spójności w diagnostyce, terapii oraz słabą współpracę w relacji pacjent–personel. Przekłada się to również na poczucie bezpieczeństwa i stabilności pacjentów, poczucie zaopiekowania i adekwatności stosowanych metod terapeutycznych. W sytuacji, gdy personel nie poświęca wystarczającej ilości czasu pacjentowi, może dochodzić do pogorszenia jego stanu zdrowia oraz poczucia bezcelowości pobytu w oddziale, to zaś przekłada się na poziom zaangażowania w proces leczniczy. Analogiczna sytuacja ma miejsce w oddziale psychiatrii dziecięcej, co zostało szczegółowo opisane w pkt 6.2 niniejszego raportu; z uwagi na niewystarczającą ilość personelu prowadzone oddziaływania wydają się niewystarczające, przez co środki przymusu bezpośredniego mogą być wykorzystywane jako środek dyscyplinujący nieletnich pacjentów lub odciążenie personelu.

Mając również na względzie otrzymane sygnały dotyczące interwencji Policji, zasadne byłoby rozważenie większej ilości personelu, który mógłby stosować przymus w sposób bezpieczny i profesjonalny, bez konieczności posiłkowania się wsparciem funkcjonariuszy Policji.

Z uzyskanych informacji wynika, że w roku 2023 zostało dla pracowników przeprowadzone szkolenie z praw pacjenta oraz stosowania środków przymusu bezpośredniego.

Z uwagi na specyfikę pracy, występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pacjentami oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu KMPT rekomenduje, by katalog oferowanych personelowi szkoleń i warsztatów wzbogacić o tematykę dotyczącą: rozpoznawania i przeciwdziałania przemocy ze względu na płeć i przemocy seksualnej (SGBV), kontaktu z trudnym pacjentem, rozwiązywania konfliktów, sposobów radzenia sobie ze stresem i agresją, wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku. Pożądane jest objęcie szkoleniami zarówno personelu medycznego, jak i psychologów oraz terapeutów.

Krajowy Mechanizm zaleca zwiększenie liczby etatów na stanowisku psychiatry w oddziale psychiatrii sądowej i psychiatry dziecięcego w oddziale psychiatrii dziecięcej. Zaleca się również wzbogacenie oferty szkoleniowej o ww. propozycje. Ponadto KMPT rekomenduje rozważenie zwiększenia zatrudnienia dodatkowych pracowników do stosowania przymusu bezpośredniego.

6.6. Warunki bytowe

W oddziale psychiatrii sądowej o podstawowym stopniu zabezpieczenia znajdowała się jedna toaleta dla pacjentów na korytarzu. Z relacji personelu i pacjentów wynikało, że toaleta na korytarzu jest dostępna jedynie dla mężczyzn, natomiast kobiety korzystają z toalet znajdujących się w dwóch salach zamieszkiwanych przez pacjentki. Kobiety, które zamieszkiwały sale, pozostawały więc w niekomfortowej sytuacji, w której musiały udostępniać swoją salę i toaletę dla wszystkich pacjentek. Dodatkowy problem pojawiał się, gdy pacjentek nie było w oddziale, ponieważ sale były wtedy zamykane na klucz.

W ocenie KMPT oddział powinien być wyposażony w odpowiednią liczbę toalet dostępnych dla pacjentów (z zachowaniem podziału na płeć). Tego typu rozwiązanie

zwiększy poczucie intymności oraz zapewni komfort w trakcie wykonywania codziennych czynności.

W związku z powyższym KMPT zaleca zapewnienie pacjentom dostępu do odpowiedniej liczby sanitariatów znajdujących się w przestrzeni wspólnej.

CPT wskazuje, że powinno się dążyć do zapewnienia takich warunków materialnych, które sprzyjają leczeniu i dobremu samopoczuciu pacjentów. Ma to duże znaczenie nie tylko dla pacjentów, lecz także dla personelu pracującego w ośrodkach psychiatrycznych³⁴. W ocenie Komitetu stworzenie pozytywnego środowiska terapeutycznego obejmuje w pierwszym rzędzie zapewnienie właściwej przestrzeni życiowej pacjentom, a także odpowiednie oświetlenie, ogrzewanie i wentylację, utrzymywanie ośrodka w zadowalającym stanie oraz spełnianie wymogów higienicznych³⁵.

7. Zalecenia

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

I. Dyrektorowi Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Bolesławcu:

1. Przypomnienie personelowi o konieczności traktowania pacjentów z szacunkiem i godnością;
2. Odstąpienie od przeprowadzania kontroli osobistych nieletnich pacjentów;
3. Zaprzestanie praktyki rozbierania pacjentów w obecności pracowników ochrony;

³⁴ Zob. Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych, CPT/Inf(98)12-part, p. 32.

³⁵ Tamże, p. 34.

4. Zaprzestanie stosowania odpowiedzialności zbiorowej oraz innych form karanian;

5. Zaprzestanie stosowania środków przymusu bezpośredniego w celu dyscyplinowania pacjentów;

6. Zapewnienie, że środki przymusu bezpośredniego są stosowane tylko w sytuacjach, gdy jest to absolutnie konieczne, i zgodnie z przepisami prawa;

7. Rzetelne odnotowywanie przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego w dokumentacji;

8. Zapewnienie, że decyzja o przedłużeniu stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia jest podejmowana po osobistym zbadaniu pacjenta przez lekarza;

9. Stosowanie unieruchomień w salach izolacyjnych, a gdyby nie było to możliwe, osłanianie pacjentów parawanem w celu zapewnienia prywatności;

10. Zaprzestanie praktyki zakładania pampersa unieruchamianym pacjentom na rzecz stosowania chwilowego zwolnienia w celu załatwienia przez nich potrzeb fizjologicznych;

11. Zapewnienie, że pacjenci przebywający w unieruchomieniu są odpowiednio ubrani;

12. Zapewnienie w praktyce, że stan fizyczny unieruchomionego pacjenta jest kontrolowany przez pielęgniarkę, na zasadach określonych w ustawie;

13. Zapewnienie, że personel odpowiednio reaguje na wszelkie przypadki przemocy ze względu na płeć i przemocy seksualnej wobec innych osób;

14. Rozważenie włączenia problematyki przemocy ze względu na płeć i przemocy seksualnej do procedur wewnętrznych szpitala;
15. Zapewnienie pacjentom dostępu do odpowiedniej liczby sanitariatów znajdujących się w przestrzeni wspólnej;
16. Dokumentowanie obrażeń pacjentów za pomocą map ciała oraz zdjęć;
17. Podejmowanie decyzji o ewentualnym ograniczeniu udziału pacjenta w spacerze na podstawie indywidualnej oceny możliwości i ryzyka;
18. Urozmaicenie oferty zajęć dla pacjentów i organizowanie zajęć terapeutycznych także w godzinach popołudniowych oraz w dni wolne;
19. Umożliwienie odwiedzin pacjentów, niezależnie od wieku odwiedzających;
21. Zwiększenie liczby etatów na stanowisku psychiatry w oddziale psychiatrii sądowej i psychiatry dziecięcego w oddziale psychiatrii dziecięcej;
22. Rozważenie zwiększenia zatrudnienia dodatkowych pracowników, uprawnionych do stosowania przymusu bezpośredniego;
23. Włączenie do programów szkoleniowych pracowników zagadnień tematycznych związanych z: rozpoznawaniem i zapobieganiem przemocy ze względu na płeć i przemocy seksualnej (SGBV), Protokołem stambulskim, kontaktem z trudnym pacjentem, rozwiązywaniem konfliktów, sposobami radzenia sobie ze stresem i agresją, przeciwdziałaniem wypaleniu zawodowemu.

II. Marszałkowi Województwa Dolnośląskiego:

1. Udzielenie wsparcia finansowego niezbędnego do realizacji powyższych zaleceń.

Opracowała: Paulina Wróbel

Za Zespół podpisuje:

Rafał Kulas

Dyrektor Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/