

Raport
Krajowego Mechanizmu Prewencji
z wizytacji
Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego –
Kliniki Psychiatrii w Lublinie

1. Wprowadzenie

Na podstawie artykułu 19 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. 2007 r. Nr 30, poz. 192) oraz działając z upoważnienia Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniu 15 stycznia 2013 r., do Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego – Kliniki Psychiatrii w Lublinie (dalej: szpital lub placówka), udali się przedstawiciele Zespołu *Krajowy Mechanizm Prewencji* (dalej: KMP lub Mechanizm): Karolina Goral (pedagog resocjalizacyjny), Dorota Krzysztoń (kryminolog), Wojciech Sadownik oraz dr Aleksandra Iwanowska (prawnicy) W wizytacji wziął również udział ekspert KMP – Daniel Dudek (psychiatra), którego ekspertyza została włączona w treść niniejszego Raportu.

Celem wizytacji zapobiegawczej Krajowego Mechanizmu Prewencji było sprawdzenie na miejscu sposobu przestrzegania praw osób pozbawionych wolności, umieszczonych w szpitalu w ramach środka zabezpieczającego, o którym mowa w art. 94 § 1 kk (zwanym dalej: internowani, pacjenci), poprzez

dokonanie oceny ich ochrony przed torturami oraz innym okrutnym, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem albo karaniem.

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- przeprowadzono rozmowy z: dr Adamem Kojtychem – lekarzem kierującym oddziałem, Hanną Kłopotek – pielęgniarką oddziałową;
- dokonano oglądu oddziału psychiatrii sądowej, w tym: pokoi pacjentów, gabinetu lekarskiego, sanitariatu, jadalni, pracowni terapii zajęciowej;
- przeprowadzono rozmowy indywidualne z wybranymi pacjentami;
- poddano analizie dokumentację, dostępną na miejscu m.in.: książki raportów pielęgniarskich, karty zleceń lekarskich, rejestr zdarzeń niepożądanych, wybrane historie chorób i opinie psychiatryczne pacjentów internowanych.

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną oraz użyto dalmierza.

Ustalenia dokonane w ramach powyższych czynności przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji przekazali lekarzowi dyżurnemu – dr Annie Lecyk.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano: Statut Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie, Regulamin Wewnętrzny Kliniki Psychiatrii SPSK nr 1 w Lublinie - Oddział Sądowo-Psychiatryczny, Kartę Praw Pacjenta SPSK nr 1 w Lublinie, procedurę przyjęcia pacjenta i wypisu pacjenta w oddziale sądowo-psychiatrycznym Kliniki Psychiatrii SPSK nr 1 w Lublinie, procedurę transportu pacjenta na konsultacje poza oddział sądowo-psychiatryczny i korzystania z pomocy pracowników ochrony przez inne oddziały Kliniki Psychiatrii SPSK nr 1, procedurę nadzorowania zdarzeń niepożądanych, procedurę postępowania w przypadku ucieczki pacjenta z oddziału sądowo-psychiatrycznego Kliniki Psychiatrii SPSK nr 1, procedurę postępowania w przypadku zdarzeń niebezpiecznych w oddziale sądowo-psychiatrycznym Kliniki Psychiatrii SPSK nr 1, procedurę nadzoru pacjentów oddziału sądowo-psychiatrycznego Kliniki Psychiatrii SPSK nr 1 podczas spaceru i odwiedzin, informację o personelu

zatrudnionym w oddziale i odbytych przez niego szkoleniach, sprawozdanie z wizytacji sędziego wizytatora.

2. Ogólna charakterystyka placówki

W skład Kliniki Psychiatrii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie wchodzi izba przyjęć, pracownia badań neurofizjologicznych oraz 5 oddziałów: oddział leczenia nerwic i zaburzeń odżywiania się (A), leczenia wczesnych psychoz (B), leczenia zaburzeń schizofrenicznych (C), leczenia zaburzeń afektywnych (D), oddział psychiatrii sądowej (E), oddział psychiatrii młodzieżowej (M).

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. z 2004 r., Nr 179, poz. 1854 ze zm., dalej rozporządzenie) Klinika Psychiatrii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 wyznaczona została do wykonywania środka zabezpieczającego w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla mężczyzn sprawców czynów zabronionych popełnionych w stanie niepoczytalności. Rozporządzenie określiło jednocześnie liczbę miejsc do wykonywania środka zabezpieczającego na 22.

W trakcie wizytacji przedstawiciele KMP otrzymali jednakże informację, iż oddział psychiatrii sądowej przeznaczony do wykonywania środka zabezpieczającego dysponuje 21 łózkami. W związku z powyższym Mechanizm prosi o wyjaśnienie powyższej rozbieżności.

3. Legalność pobytu

W dniu wizytacji w oddziale psychiatrii sądowej przebywało 19 pacjentów – 16 internowanych, 3 skierowanych na obserwację sądowo-psychiatryczną.

W przeanalizowanej losowo przez przedstawicieli KMP dokumentacji indywidualnej pacjentów internowanych znajdowały się dokumenty stanowiące podstawę do umieszczenia w zamkniętym zakładzie leczenia psychiatrycznego.

psychiatrycznego. W ciągu dnia dyżur na oddziale pełnią 2 pielęgniarki, w nocy natomiast 1. Personel oddziału zwrócił uwagę wizytujących na problem likwidacji 2 stanowisk zastępców pielęgniarki oddziałowej, w związku z czym, analogicznie jak w odniesieniu do lekarza dyżurnego, w całej Klinice pozostanie 1 pielęgniarka oddziałowa.

Osobną kwestię stanowi zatrudnienie na oddziale terapeuty zajęciowego. Z przekazanych informacji wynika, iż terapeuta zatrudniony jest na pół etatu na oddziale leczenia wczesnych psychoz, natomiast jego obecność i obowiązki na oddziale psychiatrii sądowej mają charakter umowny, gdyż poza prowadzeniem terapii pomaga on również mieszkańcom w załatwieniu spraw socjalnych. Nieformalne pełnienie przez terapeutę zajęciowego funkcji pracownika socjalnego podyktowane jest tym, że pracownik socjalny zatrudniony w siedzibie szpitala przy ul. Staszica 16 ani na oddziale, ani w Klinice nie pełni żadnych dyżurów.

W opinii KMP pacjenci oddziału psychiatrii sądowej powinni mieć zapewniony kontakt z pracownikiem, którego praca skupiałaby się wyłącznie na pomocy w rozwiązywaniu problemów socjalnych osób internowanych. Rozwiązanie przyjęte w wizytowanym oddziale nie może być uznane za prawidłowe, gdyż przyczynia się ono do zmniejszenia i tak bardzo ograniczonego czasu przeznaczonego na terapię zajęciową.

Mechanizm stoi na stanowisku, że mała liczba personelu zatrudnionego na oddziale psychiatrii sądowej nie gwarantuje pacjentom należytego dostępu do opieki medycznej i terapeutycznej. Zasoby ludzkie w zamkniętych ośrodkach leczenia psychiatrycznego powinny być odpowiednie zarówno w zakresie liczby personelu, jak i jego kategorii (psychiatrzy, pielęgniarki, psychologowie, terapeuci zajęciowi, pracownicy socjalni). Odpowiedni powinien być również podział zadań pomiędzy poszczególnych pracowników. Słabości w tym zakresie przeważnie bowiem utrudniają zapewnienie pacjentom odpowiednich warunków terapeutycznych, a także mogą prowadzić do sytuacji wysokiego dla nich ryzyka, bez względu na dobre intencje i wysiłki zatrudnionego personelu (§ 42 Ósmego Sprawozdania Ogólnego CPT/Inf 98(12)).

Z informacji uzyskanych od dyrektora szpitala wynika, iż od 2011 r. personel lekarski oddziału uczestniczył w licznych konferencjach oraz seminariach. Skromniejszy zakres miało natomiast uczestnictwo w szkoleniach personelu pielęgniarskiego. KMP dostrzega potrzebę organizowania systematycznych szkoleń dla kadry placówki m.in. z zakresu praw pacjenta, stosowania środków przymusu bezpośredniego, przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

5. Traktowanie

Zgodnie z przekazanymi informacjami, wobec personelu oddziału nie były prowadzone postępowania dyscyplinarne ani sądowe związane z traktowaniem pacjentów.

Pacjenci w rozmowach indywidualnych także nie opisali żadnej sytuacji wskazującej na złe traktowanie ich przez personel oddziału, w tym przypadków agresji fizycznej czy werbalnej wobec internowanych. Rozmówcy Mechanizmu podkreślali dobrą atmosferę panującą na oddziale, a także troskę i zainteresowanie jakim są obdarzani przez personel medyczny. Jedyne zastrzeżenia dotyczące traktowania pacjenci formułowali w odniesieniu do pracowników ochrony. Z rozmów z osobami internowanymi wynika bowiem, iż ochroniarze bardzo często zachowują się w stosunku do nich władczo, unoszą głos, wydają polecenia, wprowadzają *wojskową dyscyplinę*.

Z informacji przekazanych przez lekarza pełniącego funkcję ordynatora oddziału psychiatrii sądowej wynika, iż warunkiem uczestniczenia w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego przez firmę ochroniarską jest wcześniejsze doświadczenie w warunkach pracy w szpitalu, jednakże firmy takie zatrudniane są na coraz krótsze okresy, po czym zastępowane przez kolejną - wygrywającą przetarg. Analiza Specyfikacji Istotnych Warunków Zatrudnienia na usługi ochrony fizycznej pacjentów i pracowników oraz mienia oddziału psychiatrii sądowej wykazała także, iż jedynym kryterium wyboru oferty jest jej cena. Wydaje się, że krótkie okresy pracy poszczególnych pracowników są niewystarczające do uzyskania odpowiednich umiejętności i kompetencji do pracy

w warunkach oddziału psychiatrycznego. W sposób bezpośredni przekłada się to na odczuwany przez pacjentów dyskomfort utrudniając tym samym prowadzone wobec nich oddziaływanie.

Wskazany problem został dostrzeżony również przez Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom, który stwierdził, iż niezwykle trudny charakter pracy w ośrodkach psychiatrycznych wymaga starannego doboru personelu pomocniczego oraz jego przeszkolenie przed objęciem i w trakcie pełnienia obowiązków. Poza tym personel pomocniczy w trakcie wykonywania swoich zadań powinien być ściśle nadzorowany i podlegać poleceniom wykwalifikowanego personelu medycznego (§ 28 Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf 98(12)]).

W 2012 miało miejsce na oddziale 1 zdarzenie nadzwyczajne – uderzenie pracownika ochrony przez pacjenta.

Najczęściej stosowaną formą przymusu bezpośredniego w oddziale jest przymusowe podanie leków. W związku z brakiem oddzielnego pomieszczenia nie stosuje się izolacji. W efekcie we wszystkich sytuacjach wymagających zastosowania środka przymusu bezpośredniego w postaci izolacji faktycznie stosowanym środkiem jest unieruchomienie. Pacjenci unieruchamiani są w salach bądź na korytarzu oddziału i w żaden sposób nie są oddzielani od innych osób, np. za pomocą parawanów. Powyższą praktykę personel oddziału argumentował brakiem możliwości objęcia monitoringiem pacjenta za parawanem oraz brakiem osób z personelu, które poza sprawdzaniem stanu pacjenta co 15 minut mogłyby cały czas czuwać nad stanem osoby poddanej unieruchomieniu. Tym samym przyjęta w oddziale praktyka stosowania środka przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia pozostaje w sprzeczności z § 7 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. *w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania zasadności jego stosowania* (Dz. U. poz. 740, dalej: rozporządzenie), zgodnie z którym przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia stosowany jest w pomieszczeniu jednoosobowym, a w przypadku braku możliwości umieszczenia w takim pomieszczeniu unieruchomienie realizowane jest w sposób umożliwiający

oddzielenie od innych osób oraz zapewniający poszanowanie godności i intymności osoby poddanej unieruchomieniu.

Przedstawiciele KMP nie mogli zapoznać się z nagraniami z wybranych przypadków zastosowania środka przymusu bezpośredniego z uwagi na fakt, iż zapis z monitoringu przechowywany jest zaledwie 3 dni. W ocenie Mechanizmu, mimo wynikającego z § 8 ust. 4 obowiązku co najmniej trzymiesięcznego przechowywania zapisów z monitoringu od dnia 01.01.2014 r., zasadnym wydaje się niezwłoczne wyposażenie systemu monitoringu w funkcję rejestrowania nagrań. Takie rozwiązanie pozwala bowiem na odtworzenie oraz ocenę prawidłowości zastosowania środków przymusu bezpośredniego oraz wszelkich innych wydarzeń zakłócających normalne funkcjonowanie oddziału, np. sytuacji agresji między pacjentami. Także personel oddziału zgłosił przedstawicielom Mechanizmu, iż po ujawnieniu przypadku udostępnienia telefonu komórkowego pacjentowi przez pracownika ochrony zwrócono się z prośbą do dyrektora Szpitala o wyposażenie monitoringu w funkcję nagrywania. Zgodnie z przekazanymi informacjami prośba ta została rozpatrzona odmownie.

Analizując dokumentację zastosowania środków przymusu bezpośredniego przedstawiciele KMP zwrócili ponadto uwagę, iż przymus bezpośredni w formie unieruchomienia poprzez zastosowanie kaftana bezpieczeństwa stosowany jest każdorazowo podczas transportu pacjentów na konsultacje specjalistyczne realizowane poza Kliniką Psychiatrii. W takich przypadkach w karcie zastosowania środka przymusu bezpośredniego przy określeniu przyczyn jego stosowania dokonywany jest wpis, np. *celem przewiezienia pacjenta na konsultacje, konsultacja stomatologiczna poza kliniką, na czas transportu na konsultacje*. Z wyjaśnień udzielonych przez pracowników oddziału wynika, iż powyższa procedura transportu pacjentów na konsultacje związana jest z koniecznością przeciwdziałania ucieczkom osób internowanych.

W tym miejscu należy wskazać, iż przyjęta w oddziale psychiatrii sądowej procedura transportu internowanych na konsultacje specjalistyczne nie znajduje podstaw w obowiązującym stanie prawnym. Zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o zdrowiu psychicznym (Dz. U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535 ze zm.)

przymus bezpośredni może być stosowany jedynie w reakcji na wskazane w nim zachowanie pacjenta. Żaden z przepisów ustawy nie legitymizuje natomiast możliwości prewencyjnego stosowania środków przymusu bezpośredniego.

6. Dyscyplinowanie

Regulamin Wewnętrzny Kliniki psychiatrii SPSK nr 1 w Lublinie – oddział sądowo-psychiatryczny oraz Karta Praw Pacjenta SPSK nr 1 w Lublinie nie wprowadzają odpowiedzialności dyscyplinarnej. Również pacjenci, z którymi przedstawiciele Mechanizmu przeprowadzili rozmowy nie zgłaszali uwag we wskazanym obszarze.

7. Prawo do ochrony zdrowia

Farmakoterapia stosowana w oddziale psychiatrii sądowej nie budzi zastrzeżeń. Prowadzona ona jest głównie przy użyciu leków generycznych. Nie stwierdzono jakichkolwiek ograniczeń dla pacjentów w dostępności do leków psychotropowych nowych generacji oraz leków innych niż psychotropowe. Zgodnie z przekazanymi przedstawicielom KMP informacjami usytuowanie Kliniki Psychiatrii w ramach SPSK nr 1 powoduje ponadto, iż nie ma problemów z dostępem pacjentów oddziału psychiatrii sądowej do lekarzy specjalistów.

Badania lekarskie przeprowadzane są w pomieszczeniu sąsiadującym z przejściem między oddziałem psychiatrii sądowej a pozostałymi oddziałami w Klinice. W pomieszczeniu tym system przywoławczy jest niesprawny, co rodzi konieczność przeprowadzania badań w obecności pracownika ochrony niebędącego pracownikiem medycznym. Z rozmów indywidualnych z pacjentami wynika również, że pracownicy ochrony są obecni w trakcie badań u innych lekarzy specjalistów. W opinii KMP powyższa praktyka może utrudniać swobodny kontakt pacjenta z lekarzem stanowiący jeden z kluczowych elementów badania psychiatrycznego. Ponadto stanowi ona naruszenie uregulowań ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r., poz. 159) uzależniającymi obecność innych osób w trakcie udzielania świadczeń medycznych od zgody pacjenta (art. 22) oraz stanowiącymi, że pacjent ma prawo

do poszanowania intymności i godności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych (art. 20 ust. 1).

Także zgodnie z Kartą Praw Pacjenta Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności osobistej w trakcie udzielanych mu świadczeń zdrowotnych, a w szczególności do tego, aby w trakcie badań obecny był tylko niezbędny personel medyczny (rozdział IV, pkt 1). Należy podkreślić, iż wobec stwierdzonej praktyki badania pacjentów oddziału sądowo-psychiatrycznego w obecności pracowników ochrony wskazane uprzednio prawo do poszanowania intymności i godności ma jedynie charakter deklaracyjny.

W trakcie wizytacji przeanalizowano historie chorób pacjentów, karty zleceń oraz dokumentację pielęgniarską. Obserwacje lekarskie są wpisywane do historii chorób na bieżąco. Od tej reguły zaobserwowano jeden wyjątek, kiedy w historii choroby pacjenta nie dokonano żadnego wpisu przez okres 20 dni. Ponadto w części historii chorób ujawniono braki w postaci nieumieszczenia imienia i nazwiska pacjenta na każdej stronie jego dokumentacji oraz brak numeracji każdej ze stron. Z kolei w odniesieniu do indywidualnych kart zleceń lekarskich stosunkowo częstym brakiem było wpisywanie jedynie nazwy i dawki leku bez doprecyzowania jego formy i drogi podania. W przypadku leków internistycznych zdarzały się wpisy jedynie nazw leków bez dawek.

8. Prawo do informacji

Zasady funkcjonowania pacjentów sprecyzowane są w Regulaminie Wewnętrznym Kliniki Psychiatrii SPSK nr 1 w Lublinie, Oddział Sądowo-Psychiatryczny (dalej: regulamin) określającym sposób organizacji Kliniki, porządek udzielania świadczeń zdrowotnych, prawa i obowiązki osób internowanych oraz harmonogram dnia. O obowiązującym na oddziale regulaminie pacjenci internowani informowani są bezpośrednio w Izbie Przyjęć, a następnie zapoznaje się ich z topografią oddziału psychiatrii sądowej.

W dniu wizytacji regulamin dostępny był na tablicy na korytarzu oddziału. Ponadto pacjentom udostępniono regulamin organizacyjno-porządkowy

wykonywania środków zabezpieczających, telefony kontaktowe do przedstawicieli kościołów oraz innych związków wyznaniowych. Podana była również informacja o osobie pełniącej w szpitalu funkcję Rzecznika Praw Pacjenta, jednakże bez jednoczesnego wskazania w jaki sposób możliwe jest nawiązanie z nią kontaktu.

W tym miejscu warto wskazać na stanowisko Europejskiego Komitetu Zapobiegania Torturom, zgodnie z którym podstawową gwarancją przeciwko złemu traktowaniu w ośrodku psychiatrycznym jest skuteczna procedura zażaleniowa. Powinny istnieć szczególne procedury pozwalające pacjentom na składanie formalnych skarg do wyznaczonego organu, a także na poufne kontaktowanie się z odpowiednią władzą poza ośrodkiem (§ 53 Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98)]). Mając na uwadze powyższe, Krajowy Mechanizm Prewencji zaleca zamieszczenie w miejscu ogólnodostępnym kontaktu do zatrudnionego na terenie Szpitala Rzecznika Praw Pacjenta, a także adresów instytucji, do których pacjenci mogą zwrócić się w sytuacji naruszenia ich praw, np. do: Rzecznika Praw Pacjenta (wraz z numerem na ogólnopolską bezpłatną infolinię – 800 190 590), Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem na ogólnopolską bezpłatną infolinię – 800 676 676), sędziego penitencjarnego, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.

Krajowy Mechanizm Prewencji uważa również, iż skuteczna ochrona praw osób internowanych wymaga powołania we wszystkich placówkach stacjonarnej opieki psychiatrycznej Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

Rozmówcy Mechanizmu wskazywali, iż wszelkie skargi i wnioski mogą zgłaszać do przewodniczącego społeczności, a następnie są one omawiane na comiesięcznych zebraniach społeczności oddziału.

9. Prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym

Pacjenci internowani mają zapewniony kontakt ze światem zewnętrznym poprzez prowadzenie korespondencji, rozmowy telefoniczne oraz odwiedziny. Realizacja rozmów telefonicznych możliwa jest wyłącznie za pomocą aparatu telefonicznego znajdującego się w dyżurce pielęgniarek, natomiast korzystanie

z własnym telefonów komórkowych jest zabronione. Osoby tymczasowo aresztowane nie mogą wykonywać połączeń telefonicznych.

W opinii KMP usytuowanie aparatu telefonicznego może powodować naruszenie prywatności prowadzonych rozmów z uwagi na fakt, iż pozostają one w zasięgu słuchu personelu oddziału. Także sami pacjenci żalili się, że połączenia telefoniczne zmuszeni są wykonywać w obecności pracownika ochrony.

Odwiedziny pacjentów odbywają się w czwartki, niedziele i święta w godz. 10.00-13.00. Możliwość odwiedzin pacjenta tymczasowo aresztowanego uzależniona jest od zgody organu, w którego dyspozycji pozostaje tymczasowo aresztowany.

Zastrzeżenia Mechanizmu wzbudził brak odpowiednich warunków do realizacji odwiedzin pacjenta przez rodzinę. Odwiedziny odbywają się bowiem w tzw. służbie - przejściu między oddziałem sądowo-psychiatrycznym a pozostałymi oddziałami Kliniki. Należy wskazać, iż zarówno usytuowanie, jak i warunki tam panujące nie czynią wskazanego miejsca odpowiednim do zapewnienia kontaktu pacjenta z osobami bliskimi. W związku z powyższym w odwiedzinach nie mogą uczestniczyć dzieci do 16. roku życia. W pomieszczeniu tym nie ma instalacji przywoławczej co z kolei powoduje, że odwiedziny odbywają się w obecności pracownika ochrony. Ponadto zdarzają się sytuacje, w których podczas odwiedzin do służby doprowadzani są w kajdankach i pod konwojem funkcjonariuszy Policji także nowi pacjenci. W ocenie KMP nieodzownym jest stworzenie pacjentom internowanym i ich rodzinom warunków do realizacji odwiedzin z zachowaniem prawa do prywatności i bezpieczeństwa osób odwiedzających.

Możliwość skorzystania ze spaceru posiadają jedynie pacjenci internowani i przebywający na obserwacji z *wolnej stopy*. Z uwagi na fakt, iż pole spacerowe oddziału usytuowane jest w bezpośrednim sąsiedztwie drogi i wydzielone metalowym ogrodzeniem bez dodatkowych zabezpieczeń stwarzając ryzyko nawiązania kontaktu z osobami z zewnątrz, tymczasowo aresztowani nie mogą korzystać ze spacerów. W opinii Mechanizmu powyższa praktyka nie znajduje uzasadnienia w obowiązujących przepisach w związku z czym, KMP zaleca

stworzenie warunków umożliwiających tej kategorii pacjentów dostęp do świeżego powietrza.

Pewne wątpliwości budzi także przyjęta na oddziale procedura, zgodnie z którą czas trwania spacerów uzależniony jest od liczby chętnych oraz pogody. Pacjenci oddziału sprecyzowali, iż w związku z powyższym niejednokrotnie realizacja spaceru uzależniona jest od wyrażenia chęci wyjścia na świeże powietrze przez 4 osoby. Mechanizm stoi na stanowisku, iż każdemu pacjentowi przebywającemu w oddziale psychiatrii sądowej należy umożliwić codzienny spacer bez względu na warunki atmosferyczne oraz wolę wyjścia na powietrze innych osób.

Sprawą dyskusyjną w ocenie KMP jest ponadto brak uprawnienia osób internowanych do korzystania z przepustek na okresowe przebywanie poza szpitalem lub przepustek okolicznościowych (np. ceremonia pogrzebowa osoby bliskiej). Z jednej strony przepustka na okresowe przebywanie poza szpitalem może służyć ułatwieniu adaptacji pacjenta do życia poza szpitalem oraz zweryfikowaniu stanu pacjenta (poprawa obserwowana w warunkach szpitala, który jest swoistego rodzaju środowiskiem ochronnym, może okazać się niewystarczająca w zetknięciu z wymogami i trudami życia w naturalnym środowisku). Z kolei udział w ceremonii pogrzebowej/zaślubin/innych najbliższej osoby jest szczególnie ważnym przeżyciem i doświadczeniem w życiu każdego człowieka. Brak możliwości udziału pacjenta w tego typu wydarzeniach, w szczególności w przypadkach, gdy przebywa w szpitalu przez kilka lub kilkanaście lat, może mieć istotny wpływ na stan jego zdrowia. Takie sytuacje stanowią ponadto ingerencję w prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Z drugiej strony zaś brak ustawowej możliwości zastosowania przepustki w wykonywaniu internowania wobec osób umieszczonych w szpitalu psychiatrycznym jest zamierzonym działaniem ustawodawcy, warunkowanym przede wszystkim istotą i celem tych środków. Środki zabezpieczające stanowią specyficzną instytucję prawną. Można je stosować tylko wtedy, gdy jest to niezbędne. Nie orzeka się ich - w przeciwieństwie do kary pozbawienia wolności - na czas oznaczony. Stąd właśnie nie mogą one trwać dłużej, aniżeli jest to

konieczne z punktu widzenia stanu zdrowia osoby, wobec której są stosowane. Mają one prewencyjny, a nie represyjny charakter, i są wykonywane przez poddanie internowanego leczeniu, terapii, rehabilitacji oraz resocjalizacji w celu poprawy jego zdrowia i zachowania, w stopniu umożliwiającym powrót do życia w społeczeństwie¹.

Krajowy Mechanizm Prewencji, biorąc pod uwagę wszystkie argumenty, będzie w dalszym ciągu monitorował kwestię przepustek dla internowanych, szczególnie w wobec osób w oddziałach o podstawowym stopniu zabezpieczenia, którzy rokują na wyjście ze szpitala.

10. Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne

Ustalenia poczynione przez przedstawicieli Mechanizmu skłaniają do przyjęcia wniosku, iż obowiązek wynikający z art. 202 kkw realizowany jest na oddziale psychiatrii sądowej w bardzo ograniczonym zakresie. Zgodnie z ww. przepisem *sprawcę, wobec którego wykonywany jest środek zabezpieczający, obejmuje się odpowiednim postępowaniem leczniczym, terapeutycznym i rehabilitacyjnym, a także resocjalizacyjnym, którego celem jest poprawa stanu jego zdrowia i zachowania, w stopniu umożliwiającym powrót do życia w społeczeństwie i dalsze leczenie w warunkach poza zakładem, natomiast w wizytowanej placówce dostępna terapia ogranicza się praktycznie do farmakoterapii.*

Opieka psychologiczna realizowana jest w wymiarze 0,1 etatu. W praktyce oznacza to, że psycholog obecny jest na oddziale przez 45 minut każdego dnia. Cały czas jego pracy wypełnia wykonywanie zadań psychoterapeutycznych, natomiast zadania diagnostyczne, takie jak opracowywanie wyników diagnostycznych metod kwestionariuszowych psycholog wykonuje w ramach swojego czasu wolnego. Pomimo zaangażowania psychologa, zakres oferowanej pacjentom psychoterapii jest rażąco mały, np. psychorysunek odbywa się raz w tygodniu i trwa 40 minut. Wobec głosów ze strony personelu, jak i pacjentów wskazujących na bardzo dużą potrzebę terapii psychologicznej Mechanizm uznaje

¹ Por. S. Przyjemski, *Głosa do postanowienia SN z dnia 28 września 2006 r.*, I KZP 23/06.

za priorytetową kwestię zwiększenia wymiaru czasu pracy psychologa w oddziale psychiatrii sądowej.

Równie uboga jest oferta terapii zajęciowej realizowanej w oddziale. W związku z utrudnieniami związanymi z zatrudnieniem terapeuty oraz faktycznym wykonywaniem przez niego również innych zadań (kwestie te zostały omówione w pkt 4 raportu) zajęcia z terapeutą odbywają się 2 razy w tygodniu do godz. 15.00. Kwestią problematyczną jest również zakup materiałów niezbędnych do prowadzenia terapii. Zgodnie z informacjami udzielonymi przez personel oddziału liczne prośby kierowane do dyrekcji szpitala w tym zakresie były rozpatrywane odmownie. W związku z powyższym materiały do zajęć plastycznych terapeuta finansuje z własnych środków, a na zakup artykułów, wykorzystywanych w cieszącym się największym zainteresowaniem treningu kulinarnym, pieniądze przeznaczają sami pacjenci. Także pozostały personel oddziału partycypuje w kosztach prowadzonej w oddziale terapii. W tym celu pracownicy powołali Lubelskie Stowarzyszenie Naukowe Na Rzecz Rozwoju Psychiatrii pozyskujące materiały niezbędne do prowadzenia terapii oraz sprzęt rehabilitacyjny. Dzięki staraniom członków Stowarzyszenia zakupiono rower stacjonarny do ćwiczeń. Zdaniem Mechanizmu zapewnienie warunków niezbędnych do prowadzenia terapii zajęciowej jest obowiązkiem dyrekcji szpitala, który nie powinien być cedowany na personel, ani tym bardziej pacjentów oddziału.

W oddziale nie organizuje się także zajęć kulturalno-oświatowych przeznaczonych dla pacjentów. Z przekazanych przedstawicielom KMP informacji wynika, iż bardzo nieliczne oddziaływania tego typu przybierają formę pogadanek lub informacji zamieszczanych na tablicy ogłoszeń.

Warto podkreślić, że zgodnie ze stanowiskiem Europejskiego Komitetu Zapobiegania Torturom, każdy pacjent powinien mieć sporządzony indywidualny plan leczenia obejmujący szeroki zakres czynności rehabilitacyjnych, terapeutycznych, kontakt ze sztuką, teatrem, muzyką i sportem. Ponadto pacjenci powinni mieć dostęp do właściwie wyposażonych pokojów rekreacyjnych oraz mieć możliwość codziennych ćwiczeń na świeżym powietrzu, pożądane jest

również stworzenie pacjentom możliwości nauki i pracy (§ 37 Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98)]).

W ocenie Krajowego Mechanizmu Prewencji skuteczne leczenie pacjentów nie może polegać tylko na farmakoterapii, ale stosowaniu szerokiego wachlarza zajęć przygotowujących do funkcjonowania w rolach społecznych. Wobec powyższego, KMP zaleca zintensyfikowanie oddziaływań terapeutycznych, w tym poszerzenie oferty zajęć rehabilitacyjnych i kulturalno-oświatowych.

KMP dostrzega również potrzebę dofinansowania pracowni zajęciowej w celu zakupu sprzętu, książek i materiałów potrzebnych do prowadzenia zajęć (np. materiały plastyczne, biurowe, artykuły do majsterkowania, produkty do treningów kulinarnych itp.).

11. Warunki bytowe

Oddział sądowo-psychiatryczny zlokalizowany jest na parterze Kliniki Psychiatrii SPSK nr 1 w Lublinie. Zgodnie z przekazanymi wizytującym informacjami na oddziale od dłuższego czasu nie wykonano poważniejszych prac remontowych. Przeprowadzony w 2008 r. generalny remont Kliniki Psychiatrii, poza wykonaniem drobniejszych napraw nie objął oddziału sądowo-psychiatrycznego.

W oddziale znajdują się 3 sale chorych. W dniu wizytacji w jednej z nich przebywało 11 pacjentów, a w dwóch kolejnych po 6 pacjentów. Wyposażenie i wygląd wszystkich sal chorych był bardzo zbliżony – znajdowały się w nich jedynie łóżka szpitalne oraz niewielkie szafki na podręczne przedmioty. Pozostałe rzeczy pacjenci przechowują w zamykanych na klucz metalowych szafkach znajdujących się na korytarzu oddziału. W dniu wizytacji sale chorych były czyste, zadbane i wolne od nieprzyjemnych zapachów.

W łazience pacjentów znajdują się kabiny w-c, stanowiska prysznicowe oraz umywalki w ilości zapewniającej swobodny dostęp bez konieczności długiego oczekiwania na swoją kolej. Urządzenia sanitarne zostały usytuowane w sposób zapewniający intymność osobom z nich korzystającym. Uwagę wizytujących zwrócił brak lustra, jednak zgodnie z wyjaśnieniami personelu jest ono wieszane

dwa razy dziennie - o godz. 7.15 oraz 19.15 - w celu umożliwienia pacjentom ogolenia się.

Do dyspozycji pacjentów na terenie oddziału przeznaczono także jadalnię, pełniącą jednocześnie funkcję świetlicy. Posiłki dostarczane są na oddział z głównej siedziby szpitala. Według relacji personelu raz w tygodniu pacjentom umożliwia się zamówienie posiłków z zewnątrz, a dwa razy w tygodniu zrobienie zakupów. Pacjenci oddziału podkreślali, że zapewnione im jedzenie jest smaczne, a między posiłkami istnieje możliwość przygotowania sobie ciepłych napojów.

Pole spacerowe oddziału wyposażono jedynie w stolik oraz ławki. Nie posiada ono zadaszenia, co uniemożliwia skorzystanie ze spaceru w brzydką pogodę. Jedyne wyjście na pole spacerowe z oddziału prowadzi przez pomieszczenie izolacyjne.

Wizytowany oddział nie jest przystosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnością i o obniżonej sprawności fizycznej. Wobec powyższego KMP zaleca uwzględnienie kwestii przystosowania oddziału do potrzeb osób mających trudności w poruszaniu się przy realizacji inwestycji modernizacyjnych, dzięki czemu osoby te będą mogły samodzielnie poruszać się oraz korzystać z urządzeń sanitarnych.

W ocenie Mechanizmu baza lokalowa oddziału sądowo-psychiatrycznego powinna zostać powiększona. Sytuacja zastana w dniu wizytacji nie może bowiem być uznana za adekwatną do prawidłowej realizacji praw pacjentów oraz celów leczenia i terapii. Zdaniem KMP należy dążyć do zwiększenia zaplecza lokalowego oddziału zapewniając pacjentom odpowiednie warunki do: spędzania czasu wolnego, uczestniczenia w terapii, przyjmowania gości.

12. Prawo do praktyk religijnych

Zgodnie z informacjami przekazanymi przedstawicielom KMP msze św. odprawiane są na oddziale w każdą niedzielę. Osoby internowane, z którymi przeprowadzono rozmowy nie zgłaszały zastrzeżeń w omawianym zakresie, a zarówno pacjenci, jak i personel bardzo pozytywnie wypowiadali się o prowadzącym na oddziale posługę duszpasterską kapelanie.

13. Zalecenia

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 zaleca:

Dyrektorowi Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego w Lublinie:

1. wyeliminowanie przypadków niewłaściwego traktowania pacjentów przez pracowników ochrony;
2. stosowanie środka przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia zgodnie z regulacją zawartą w § 7 ust 1 i 2 rozporządzenia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego;
3. zaprzestanie stosowania środka przymusu bezpośredniego w postaci kaftana bezpieczeństwa w trakcie transportu na konsultacje realizowane poza Kliniką Psychiatrii;
4. terminowe sporządzanie i przesyłanie do sądu opinii o stanie zdrowia pacjentów i o postępach w ich leczeniu;
5. zapewnienie pacjentom i ich rodzinom warunków do realizacji odwiedzin;
6. umożliwienie pacjentom wykonywania połączeń telefonicznych pod nieobecność innych osób;
7. umożliwienie osobom tymczasowo aresztowanym korzystania ze spacerów i zapewnienie wszystkim pacjentom możliwości skorzystania ze spaceru bez względu na warunki atmosferyczne i liczbę osób chętnych;
8. zwiększenie obsady personelu lekarskiego podczas dyżuru;
9. zapewnienie pacjentom kontaktu z pracownikiem socjalnym;
10. zwiększenie wymiaru pracy psychologa na oddziale;
11. zwiększenie wymiaru pracy terapeuty zajęciowego na oddziale;
12. doposażenie warsztatów terapii zajęciowej i urozmaicenie form prowadzonej terapii;
13. wzbogacenie oferty zajęć kulturalno-oświatowych prowadzonej na oddziale;

14. przeprowadzanie badań lekarskich pod nieobecność personelu niemedycznego;
15. wyeliminowanie uchybień w dokumentacji medycznej, wskazanych w pkt. 7 raportu;
16. zamieszczenie informacji o sposobach kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta zatrudnionym na terenie Szpitala oraz adresów instytucji stojących na straży praw człowieka;
17. dostosowanie oddziału do potrzeb osób niepełnosprawnych;
18. wyposażenie systemu monitoringu w funkcję utrwalania nagrań;
19. wyposażenie oddziału w instalację przywoławczą

Rzecznikowi Praw Pacjenta:

1. podjęcie działań na rzecz zapewnienia w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego;