

Warszawa, dnia 25 lutego 2020 r.

KMP.574.3.2019.KK

**Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Szpitala Neuropsychiatrycznego
im. prof. Mieczysława Kaczyńskiego w Lublinie
(wyciąg)**

1. Wstęp

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 z dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192), dalej: OPCAT, oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 01-03 lipca 2019 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (zwany dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm) przeprowadził wizytację Szpitala Neuropsychiatrycznego im. prof. Mieczysława Kaczyńskiego w Lublinie (zwanego dalej: placówką, Szpitalem).

W skład zespołu wizytującego wchodziło: Klaudia Kamińska (prawnik), Przemysław Kazimirski (Dyrektor Zespołu, prawnik), Aleksandra Nowicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa). W wizytacji uczestniczył również ekspert zewnętrzny dr n. med. Paweł Gosek (psychiatra). Wyniki jego ekspertyzy zostały włączone w treść raportu.

Celem wizytacji KMPT, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzenie sposobu traktowania osób przebywających w Szpitalu, w celu wzmocnienia, jeśli to niezbędne, ich ochrony przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym 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, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, mając na uwadze odpowiednie standardy organizacji międzynarodowych.

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- a) przeprowadzono rozmowy z dr n. med. Piotrem Dreherem – Dyrektorem Szpitala oraz dr n. med. Markiem Domańskim – zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa,
- b) przeprowadzono rozmowy z wybranymi pracownikami oraz pacjentami Szpitala,
- c) dokonano oglądu wybranych oddziałów Szpitala,
- d) dokonano analizy dokumentacji,
- e) wykonano dokumentację fotograficzną.

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

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

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

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

2. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. pacjent, pracownik placówki, członek rodziny, inna osoba) lub organizacja, która przekazała KMPT informację, nie może ponieść jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie czy udzieliła informacji prawdziwej, czy fałszywej.

Wskazany przepis OPCAT stanowi bowiem, że *żadna władza lub funkcjonariusz nie nakáže, 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. Ogólna charakterystyka placówki

Szpital Neuropsychiatryczny im. prof. Mieczysława Kaczyńskiego w Lublinie działa w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Podmiotem tworzącym placówkę jest Samorząd Województwa Lubelskiego.

W skład Szpitala wchodzi m.in. 5 oddziałów ogólnopsychiatrycznych, oddział psychogeriatryczny, oddział psychiatryczny rehabilitacyjny, oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży, całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu, oddział detoksykacyjny dla narkomanów, oddział neurologiczny oraz oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu z pododdziałem psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu.

Celem delegacji Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur była wizyta w oddziałach przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających (w dalszej części raportu na określenie oddziału wraz z pododdziałem używane będzie określenie „oddział”). Zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 stycznia 2020 r. w sprawie wykazów zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środka zabezpieczającego określonego w art. 93c pkt 1–3 Kodeksu karnego oraz podmiotów leczniczych przeznaczonych do wykonywania terapii wobec sprawców określonych w art. 93c Kodeksu karnego w zakresie działalności stacjonarnej (M.P. z 2020 r., poz. 93), Szpital przeznaczony jest do wykonywania środka zabezpieczającego w dwóch poziomach zabezpieczeń: wzmocnionym (17 miejsc – 11 dla mężczyzn oraz 6 dla kobiet) i podstawowym (35 miejsc). W trakcie wizytacji wszystkie miejsca w obu oddziałach były zajęte.

4. Problemy systemowe

4.1 Niedostatek personelu

W oddziale przeznaczonym do wykonywania środków zabezpieczających zatrudnionych jest trzech lekarzy psychiatrów, mających zapewnić opiekę 52 pacjentom. Jak ustalono, oprócz pełnienia obowiązków w oddziale, dwóch lekarzy pełni w szpitalu dyżury medyczne (średnio 2 – 4 w miesiącu), ponadto lekarze delegowani są do pracy w poradni przyszpitalnej (średnio 1 raz w tygodniu). Opiekę nad pacjentami oddziału w godzinach popołudniowych obejmują lekarze dyżurni Szpitala. Według informacji Dyrekcji lekarz pełniący dyżur medyczny w oddziale obejmuje także opieką około 150 pacjentów innych oddziałów (dyżur łączony). Według informacji od personelu liczba ta jest istotnie wyższa. Jak wynika z rozmów z personelem, liczba pracujących obecnie lekarzy jest niewystarczająca.

Jak wskazał ekspert KMPT z doświadczenia klinicznego oraz specyficznego zakresu obowiązków związanych z dokumentowaniem przebiegu realizacji środka zabezpieczającego,

w tym wydawaniem opinii okresowych oraz koniecznością stawiennictwa we właściwych sądach, aby zapewnić bezpieczeństwo oraz właściwy nadzór nad sprawowaniem opieki nad pacjentami oddziału, zasadne jest zwiększenie liczby pracujących w oddziale lekarzy.

Ponadto, jak wynika z rozmów z personelem, w oddziale podczas zmiany dziennej pracują 4 pielęgniarki, a podczas zmiany nocnej 2. Dodatkowo w oddziale pracuje od 3 do 6 sanitariuszek i sanitariuszy, w zależności od pory dnia i dostępności personelu. Pielęgniarek łącznie zatrudnionych jest 21 (w tym pielęgniarka oddziałowa).

Problemem, zauważonym w Szpitalu w tym zakresie jest także okresowa rotacja personelu pielęgniarskiego do innych oddziałów Szpitala (oznacza to, że pielęgniarki zatrudnione w oddziale zobowiązane są do pełnienia dyżurów także w innych oddziałach). Zaznaczyć należy, że jeżeli rotacja kadry jest duża, może to zakłócać ciągłość leczenia.

4.2 Stosowanie kajdanek w trakcie transportu

Delegacja KMPT ustaliła, że zdarza się, że pacjenci oddziału transportowani są w kajdankach (czasem zespolonych) m.in. do sądu lub z powrotem do Szpitala w asyście Policji.

Praktyka stosowania kajdanek wobec pacjentów budzi wiele wątpliwości przedstawicieli KMPT. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 1878 ze zm.) [dalej jako: u.o.z.p.] w art. 3 pkt 6 wymienia środki za pomocą, których dozwolone jest stosowanie przymusu bezpośredniego. Są to: przytrzymanie (doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej), przymusowe zastosowanie leków, unieruchomienie (obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa) oraz izolacja. Nie ma wśród nich kajdanek. Standardy CPT zabraniają wręcz stosowania kajdanek przy unieruchamianiu pacjentów psychiatrycznych. Domniemywać zatem można, że w tych przypadkach kajdanki stosowane są przez funkcjonariuszy Policji w trybie ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r., poz. 2418) [dalej jako: ustawa o środkach przymusu] która określa, w jakich sytuacjach można użyć środków przymusu bezpośredniego (art. 11 ustawy). Zgodnie z przepisami ustawy, aby funkcjonariusz Policji mógł użyć środka przymusu bezpośredniego musi zdarzyć się konkretna sytuacja zagrażająca bezpieczeństwu, życiu lub zdrowiu lub jest duże prawdopodobieństwo wystąpienia takiej sytuacji. Jednakże funkcjonariusz Policji, zanim sięgnie po środki przymusu

bezpośredniego, powinien użyć lub wykorzystać w pierwszej kolejności inne, łagodniejsze środki w celu uzyskania zamierzonego celu lub określonego zachowania.

Zakładanie kajdanek każdemu pacjentowi (tylko dlatego, że jest pacjentem psychiatrycznym) konwojowanemu do szpitala lub poza szpital jest oczywistym nadużyciem, nie znajdującym odzwierciedlenia w przepisach prawa. Ustawa o środkach przymusu bezpośredniego – jako pierwszą zasadę posługiwania się nimi – wskazuje, aby używać ich lub wykorzystywać w sposób niezbędny do osiągnięcia celów tego użycia lub wykorzystania, proporcjonalnie do stopnia zagrożenia, wybierając środek o możliwie jak najmniejszej dolegliwości (art. 6 ustawy). Dodatkowo w ustawie o środkach przymusu bezpośredniego jest wyraźne wyłączenie stosowania przepisów w niej zawartych do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (art. 3 ust. 4: Ustawy nie stosuje się do przymusu bezpośredniego lub zasad użycia lub wykorzystania broni palnej, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego).

Z kolei art. 46a u.o.z.p. wskazuje, że przy wykonywaniu postanowień sądowych o przyjęciu do domu pomocy społecznej lub szpitala psychiatrycznego stosuje się przymus bezpośredni na zasadach opisanych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. W wyjątkowych sytuacjach przewidziane w innych przepisach środki przymusu bezpośredniego mogą być stosowane jedynie po uprzednim bezskutecznym zastosowaniu przymusu bezpośredniego przewidzianego w niniejszej ustawie albo gdy jego zastosowanie byłoby niecelowe. A zatem kajdanek można użyć tylko wobec pacjentów sądowych przy wykonywaniu postanowień sądowych o przyjęciu do szpitala, wobec których stosowanie przymusu bezpośredniego w trybie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jest bezskuteczne albo niecelowe.

4.3 Kontrole osobiste

Z ustaleń wizytujących wynika, że na oddziale kontrola osobista odbywa się w dyżurce pielęgniarskiej w niemonitorowanej toalecie z zachowaniem zasady płci. Kontrolę osobistą przeprowadza się w sposób jednoetapowy (pacjent jednocześnie zdejmuje wszystkie ubrania), a nie dwuetapowy (najpierw zdejmowane jest ubranie z górnej części ciała, po sprawdzeniu osoba się ubiera i zdejmuje ubrania z dolnych partii ciała), który obowiązuje w stosunku do osób pozbawionych wolności. Pacjent nie może także wnieść zażalenia na zasadność i sposób przeprowadzenia tej czynności. Nie chronią go w tej sytuacji żadne przepisy prawa.

Trybunał Konstytucyjny, rozpoznając wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, wyrokiem z dnia 21 kwietnia 2015 r.¹ uznał, że brakuje ustawowych unormowań określających zasady przeprowadzania kontroli osobistych osób przyjmowanych do zakładu psychiatrycznego, czy podstawy prawnej do wprowadzania czasowych ograniczeń rozmów telefonicznych internowanych. Wydane w rezultacie implementacji wskazanego wyroku Trybunału rozporządzenie Ministra Zdrowia dnia 16 stycznia 2017 r. w sprawie komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających i wykonywania środków zabezpieczających w zakładach psychiatrycznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 119), nie doprowadziło jednak do szczegółowej regulacji tego zagadnienia na poziomie aktu wykonawczego. Rozdział XIII Kodeksu karnego wykonawczego także nie został uzupełniony o potrzebne normy prawne. W związku z tym, dyrektorzy zakładów psychiatrycznych, w których wykonywane są środki zabezpieczające, w dalszym ciągu określają zasady życia osób internowanych w zakładach psychiatrycznych w regulaminach wewnętrznych, co narusza art. 31 ust. 3 Konstytucji RP.

W ocenie RPO nie ma podstaw prawnych do ingerencji w prywatność pacjenta poprzez przeprowadzanie kontroli osobistych w szpitalach psychiatrycznych, w których wykonywany jest środek zabezpieczający. Mając na względzie powyższe, RPO w dniu 8.04.2019 r. zwrócił się do Ministra Sprawiedliwości z prośbą o podjęcie niezbędnych działań legislacyjnych w celu znowelizowania Kodeksu karnego wykonawczego w taki sposób, aby przepisy rangi ustawowej określały prawa, ich ograniczenia i obowiązki osób, wobec których orzeczono środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym².

4.4 Brak regulacji dotyczących konwojowania poza placówkę osób wobec których wykonywany jest środek zabezpieczający

W postępowaniu z osobami chorymi psychicznie wszelkie procedury ich dotyczące powinny mieć jasne i nie budzące wątpliwości uregulowanie. Brak określenia w przepisach kto, w jakich przypadkach, z jakimi środkami przymusu bezpośredniego oraz jakimi środkami transportu może konwojować osoby przebywające w szpitalach zamiast w więzieniach, stanowi zupełne minimum jeśli chodzi o bezpieczeństwo pacjentów. RPO i KMPT od kilku lat apelują o uregulowanie zasad konwojowania pacjentów przebywających w szpitalach i w oddziałach psychiatrycznych w ramach środka zabezpieczającego, poza teren tych placówek na konsultacje lekarskie, badania lub zabiegi.

¹ Sygn. akt U 8/14.

² Wystąpienie Generalne do Ministra Sprawiedliwości z dnia 8 kwietnia 2019 r., IX.517.961.2018.

Obecnie obowiązek ten spada na administrację szpitali psychiatrycznych. W opinii Ministerstwa Zdrowia uzasadnione jest wprowadzenie do Kodeksu karnego wykonawczego przepisów dotyczących konwojowania osób, wobec których jest wykonywany środek zabezpieczający.

W ocenie KMPT niezbędne wydaje się podjęcie działań legislacyjnych poprzez wskazanie warunków wykonywania konwojów tj. w jakich przypadkach konwój może mieć miejsce, kto go powinien realizować, jaki powinien być skład osobowy konwojującego personelu, jaki powinien być to środek transportu, jakie powinny być zasady działania w celu zapobiegnięcia agresji czy też samowolnego oddalenia się pacjenta. Obecnie problem zorganizowania transportu i zapewnienia bezpieczeństwa w sytuacji konieczności zrealizowania ważnej konsultacji lekarskiej, badania czy zabiegu pacjenta poza szpitalem psychiatrycznym, spoczywa wyłącznie w gestii szpitali psychiatrycznych.

4.4 Monitoring wizyjny w szpitalach psychiatrycznych.

W wizytowanym Szpitalu poziom bezpieczeństwa kontrolowany jest m.in. poprzez monitoring wizyjny. Kamery znajdują się w salach pacjentów oraz na korytarzach.

Zaznaczyć należy, że w dalszym ciągu brakuje regulacji ustawowej odnoszącej się do monitoringu wizyjnego pomieszczeń innych, niż pomieszczenie do izolacji³. Dlatego też w 2018 r. Rzecznik Praw Obywatelskich ponowił wniosek do Ministra Zdrowia o przedłożenie w ramach posiadanej inicjatywy ustawodawczej projektu przepisów regulujących stosowanie monitoringu wizyjnego w szpitalach⁴. Minister Zdrowia zgodził się z argumentacją przedstawioną przez RPO i zapowiedział wprowadzenie właściwych regulacji do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Niestety deklaracja ta nie została wciąż zrealizowana. Poza argumentami przedstawionymi powyżej, związanymi z zasadami prawidłowej legislacji, kwestie monitorowania osób za pomocą urządzeń telewizji przemysłowej mają ważne znaczenie z punktu widzenia praw człowieka. Nie ulega wątpliwości, iż brak właściwej ochrony praw tych pacjentów w przepisach prawa, ich danych osobowych oraz wizerunku powoduje zagrożenie niewłaściwego wykorzystania tych informacji.

RPO będzie w dalszym ciągu dążył do wprowadzenia ustawowych podstaw do stosowania monitoringu wizyjnego w szpitalach psychiatrycznych.

³Art. 18 e pkt 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 1878 ze zm.)

⁴ Wystąpienie Generalne do Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2018 r., KMP.574.8.2015.

5. Obszary wymagające poprawy

5.1 Traktowanie

Pacjenci przyjęci na oddział zostają zobowiązani w początkowym okresie obserwacji do przebywania całą dobę w piżamach. W ocenie KMPT obowiązek noszenia przez całą dobę piżam jest wielce niepokojący i nie ma uzasadnienia terapeutycznego. Nie sprzyja też budowaniu właściwej atmosfery. Należy wręcz dążyć do tego, aby pacjenci nosili strój, odpowiedni do pory dnia. Ponadto ma to również znaczenie przy zachowaniu higieny, gdyż pacjenci cały dzień zmuszeni są do chodzenia w tym samym ubraniu, w którym potem idą spać.

Powyższe zastrzeżenia podziela Europejski Komitet do spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT), który wskazuje, że praktyka polegająca na stałym ubieraniu pacjentów w piżamy/koszule nocne nie sprzyja wzmocnieniu tożsamości osobistej i poczuciu wartości u pacjentów; indywidualizacja w zakresie garderoby powinna być częścią procesu terapeutycznego⁵.

W opinii CPT, systematyczne stosowanie piżam jako środka nadzoru nowo przybyłych pacjentów jest bardzo wątpliwe i należy szukać w tym zakresie innych metod⁶. Wymaganie od pacjentów noszenia piżamy przez długi czas nie sprzyja umacnianiu poczucia osobistej tożsamości i samooceny⁷. CPT przyznaje, że zawsze mogą istnieć pacjenci, którzy będą stanowić szczególne wyzwanie. Jednakże zobowiązanie niektórych pacjentów do noszenia piżamy ma efekt stygmatyzujący i może być postrzegane przez nich samych jako upokarzające⁸.

Dodatkowo w oddziale istnieje praktyka polegająca na tym, że osoby mające status tymczasowo aresztowanych zobowiązane są do chodzenia w czerwonych uniformie. Oprócz faktu, że podobnie jak w przypadku obowiązku noszenia piżam, jest to dla tych osób stygmatyzujące to ponadto nie sprzyja rehabilitacji i leczeniu takich pacjentów. Konieczność zmiany ubrania na daytime i nocne wymusza rutynę i daje namiastkę codziennego, zwyczajnego rytmu dnia.

KMPT zaleca odstąpienie od obowiązku noszenia piżam przez pacjentów w porze daytimej oraz zezwolenie na korzystanie z własnej odzieży przez tymczasowo aresztowanych.

⁵ Tamże, § 34.

⁶ Raport CPT z wizyty w Portugalii, CPT/Inf (2013) 4, § 112.

⁷ Raport CPT z wizyty we Francji, CPT/Inf (2017) 7, § 116; Raport CPT z wizyty na Malcie, CPT/Inf (2016)25; § 138.

⁸ Raport CPT z wizyty w Czechach, CPT/Inf (2015) 18, § 159.

Z uzyskanych informacji wynika, że pracownicy Szpitala dokonują kontroli przedmiotów posiadanych przez pacjentów oraz pomieszczeń, w których oni przebywają. O ile sytuacja taka dopuszczona jest w warunkach wzmocnionego oraz maksymalnego zabezpieczenia⁹ to ustawodawca nie wprowadził takiej możliwości w warunkach podstawowego zabezpieczenia. Personel zatem nie może domniemywać swoich kompetencji w tym zakresie.

Należy zauważyć, że kontrolowanie rzeczy osobistych pacjentów bez względu na cel jaki ma temu służyć, może naruszać konstytucyjne prawo pacjentów do ochrony życia prywatnego i decydowania o swoim życiu osobistym (art. 47 Konstytucji) oraz prawo własności (art. 64 ust. 1 i 3 Konstytucji). Wprowadzenie ograniczenia w postaci kontroli jest możliwe wyłącznie, gdy spełnione zostaną przesłanki określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji. Zgodnie z tym przepisem, może ono być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy jest to konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw, a wszelkie restrykcje powinny być ograniczone do koniecznego minimum i proporcjonalne do uzasadnionego celu, dla którego zostały nałożone.

Ponadto, delegacja KMPT zwróciła uwagę, że personel nie zawsze używa w stosunku do pacjentów formy zwrotu grzecznościowego Pan/Pani.

Warto też w tym miejscu odwołać się do zalecenia CPT, zgodnie z którym: Prawdziwy profesjonalizm personelu penitencjarnego wymaga, aby był on w stanie obchodzić się z osadzonymi w sposób przyzwoity i humanitarny, zwracając przy tym uwagę na kwestie bezpieczeństwa i porządku. W tym względzie władze (...) powinny zachęcać personel do odpowiedniego poziomu zaufania oraz oczekiwania, że osadzeni chcą zachowywać się poprawnie. Rozwijanie konstruktywnych i pozytywnych relacji pomiędzy personelem (...) a osadzonymi nie tylko zmniejszy ryzyko złego traktowania, ale także zwiększy kontrolę i bezpieczeństwo. W rezultacie praca personelu (...) może być znacznie bardziej satysfakcjonująca¹⁰.

⁹ Art. 204b ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (tekst jednolity: Dz. U. z 2019, poz. 676 ze zm.).

¹⁰ Wyciąg z Jedenastego Sprawozdania Ogólnego CPT, CPT/Inf (2001) 16, § 26.

5.2 Stosowanie i dokumentowanie przymusu bezpośredniego

Jak wskazał ekspert KMPT zasadność i okres stosowania środków przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia, w przypadku kontrolowanych, wybranych losowo pacjentów, nie budziły wątpliwości. Unieruchomienia związane były z występowaniem zachowań agresywnych lub autoagresywnych. Nie mniej jednak należy zwrócić szczególną 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 „zachowanie agresywne”, „agresja wobec personelu i otoczenia”.

Istotne zastrzeżenia wywołuje także wielomiesięczne (w przypadku dwóch pacjentek oddziału) stosowanie środka zabezpieczającego w formie izolacji. Analiza dokumentacji medycznej wykazała niespójność w zakresie dokumentowania zachowań zagrażających pomiędzy dokumentacją lekarską a raportami pielęgniarskimi. Analiza dokumentacji lekarskiej z ostatniego miesiąca w przypadku obu pacjentek wskazuje, że zachowania agresywne i autoagresywne zdarzały się okresowo, nie codziennie. Personel relacjonował występowanie zachowań zagrażających w formie agresji i autoagresji oraz obawy o niestabilność stanu psychicznego obu pacjentek. Jak wynika z relacji personelu, obie pacjentki, za zgodą personelu, okresowo uczestniczą w zajęciach terapeutycznych oraz wychodzą na salę pobytu dziennego. Tym samym nie można przyjąć, że ich zachowanie wskazuje na konieczność ciągłego stosowania środka przymusu bezpośredniego w formie izolacji. Ponadto, na podstawie rozmów z personelem placówki można przyjąć, że wielomiesięczne stosowanie izolacji w stosunku do wspomnianych powyżej pacjentek wynika z obawy o niestabilność ich stanu psychicznego oraz zachowania, co częściowo znajduje potwierdzenie w dotychczasowej historii choroby.

Biorąc pod uwagę powyższe KMPT zaleca stosowanie wobec pacjentek odpowiednich działań terapeutycznych w celu zapobieżenia konieczności korzystania z przymusu w postaci długotrwałej izolacji pacjentek.

Ponadto długotrwałe umieszczanie pacjentek w izolatkach rodzi dodatkowy problem w postaci braku miejsca do stosowania przymusu bezpośredniego w stosunku do innych pacjentów. Ponieważ izolatki zajęte są przez cały czas, unieruchamianie pacjentów zawsze odbywa się w salach mieszkalnych. Wskazać w tym miejscu należy, iż zgodnie z art. 18d u.o.z.p., osobę, wobec której zastosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, umieszcza się w pomieszczeniu jednoosobowym (ust. 1). Natomiast w przypadku braku możliwości umieszczenia 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 (ust. 2).

Należy jednak zwrócić uwagę na zalecenie CPT wyrażone w raporcie¹¹ sporządzonym po wizytacji w Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku w 2017 roku. Komitet stoi na stanowisku, że praktyka polegająca na ustawianiu parawanu w sali wieloosobowej nie może być uznana za zapewnienie prawa do prywatności pacjentom, wobec których zastosowano środki przymusu bezpośredniego. Dlatego też Komitet zalecił zaprzestanie tego typu praktyk. Zalecenie to zbieżne jest ze stanowiskiem KMPT. Dlatego też przedstawiciele Krajowego Mechanizmu zalecają przyjęcie rozwiązań mających zapewnić prywatność pacjentom w zabezpieczeniu.

Ponadto analiza rejestru stosowania przymusu bezpośredniego wykazała, iż w czynnościach tych biorą udział 4 osoby. Tymczasem sprawne i bezpieczne przeprowadzenie zastosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia wymaga udziału 5 osób (po jednej osobie dla zabezpieczenia kończyn, jedna osoba zabezpiecza głowę).

W Szpitalu praktykowane jest stosowanie środków przymusu w postaci częściowego unieruchomienia kaftanem bezpieczeństwa pacjentów o statusie tymczasowo aresztowanych przejawiających tendencje ucieczkowe w trakcie spacerów na terenie zewnętrznym.

W ocenie KMPT stosowanie środków przymusu w formie unieruchomienia kaftanem bezpieczeństwa u pacjentów chodzących, ze względu na ograniczenie ruchomości kończyn górnych, może skutkować poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi w tym ryzykiem upadku i urazów. Ponadto, spacerzy powinno zorganizować się w taki sposób, aby możliwym było objęcie indywidualną opieką pacjentów wymagających szczególnego nadzoru lub wyznaczenia odrębnych godzin spacerów - o ile stan zdrowia pacjentów pozwala na uczestniczenie w spacerze lub innych zajęciach.

KMPT zwraca szczególną uwagę na stosowanie środków przymusu bezpośredniego z powodu ich inwazyjnego charakteru oraz potencjalnej możliwości nadużycia i złego traktowania. Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom (CPT) opracował zbiór zasad, dzięki którym przymus bezpośredni można uczynić mniej dolegliwym dla pacjenta.

Zgodnie z nimi, stosowanie przymusu powinno być traktowane, jako środek ostateczny. Po ustaniu sytuacji powodującej zastosowanie przymusu wobec pacjenta należy natychmiast zaprzestać jego stosowania.

W przypadku fizycznego (ręcznego) środka przymusu, personel powinien być specjalnie przeszkolony w zakresie technik trzymania, które minimalizują ryzyko obrażeń.

¹¹ CPT/Inf (2018) 39.

Chwyty za szyję i techniki, które mogą blokować drogi oddechowe pacjentów lub powodować ból, powinny być zabronione.

Dla celów mechanicznego środka przymusu należy stosować wyłącznie urządzenia zaprojektowane w celu ograniczania szkodliwych skutków (najlepiej wyściełane pasy z materiału) w celu zminimalizowania ryzyka urazu i / lub bólu u pacjenta. Pacjenci poddawani środkom przymusu powinni być zawsze ustawieni twarzą do góry z ramionami skierowanymi w dół. Pasy nie mogą być zbyt ciasne i powinny być stosowane w sposób, który pozwala na maksymalny bezpieczny ruch ramion i nóg. Funkcje życiowe pacjenta, takie jak oddychanie i zdolność komunikowania się, nie mogą być utrudnione. Pacjenci poddani środkom przymusu powinni być odpowiednio ubrani i w miarę możliwości, móc samodzielnie jeść i pić oraz zaspokajać swoje potrzeby fizjologiczne w miejscu do tego przeznaczonym.

Pacjenci nie powinni być poddawani mechanicznym środkom przymusu w obecności innych pacjentów (chyba że pacjent wyraźnie wyraża chęć pozostania w towarzystwie innego pacjenta); wizyty innych pacjentów powinny odbywać się wyłącznie za wyraźną zgodą pacjenta poddanego środkowi przymusu. Czas stosowania środków przymusu mechanicznego i izolacji powinien być możliwie jak najkrótszy (zwykle minuty, a nie godziny) i zawsze powinien zostać zakończony, gdy ustaną przyczyny leżące u podstaw ich zastosowania. Utrzymywanie środków przymusu mechanicznego przez kilka dni nie może mieć żadnego uzasadnienia i mogłoby, zdaniem CPT, być równoznaczne ze złym traktowaniem. Po zaprzestaniu stosowania środków przymusu ważne jest udzielenie pacjentowi informacji, wyjaśnienie powodów zastosowania środka przymusu wobec niego, zmniejszenie urazu psychologicznego, jakiego doznał i przywrócenie relacji lekarz-pacjent. Daje to również szansę pacjentowi, wraz z personelem, na znalezienie alternatywnych sposobów utrzymania kontroli nad samym sobą, co może zapobiec przyszłym wybuchom przemocy i kolejnemu zastosowaniu środków przymusu.

5.3 Leczenie i opieka medyczna

W toku wizytacji nie stwierdzono istotnego ograniczania dostępności najnowszych metod leczenia (w rozumieniu dostępności do stosowanych w polskich realiach klinicznych nowoczesnych preparatów farmakologicznych). Jak wskazał ekspert KMPT oddział zapewnia pacjentom dostęp do ogólnodostępnych i zarejestrowanych w Polsce leków przeciwpsychotycznych, w tym preparatów o charakterze iniekcji o przedłużonym działaniu (leki typu depot - iniekcji wykonywanych, co kilkanaście dni). Leczenie klozapiną, lekiem

o podwyższonym ryzyku powikłań hematologicznych jest w sposób właściwy monitorowane w tym zakresie.

Szpital posiada odrębną pracownię do przeprowadzania zabiegów elektrowstrząsów (EW), zlokalizowaną w jednym z budynków. Pracownia posiada monitoring podstawowych parametrów życiowych, przy pracowni znajduje się sala monitorowania pacjentów po zabiegach EW, obecnie zaadoptowana na salę ogólnego pobytu pacjentów oddziału, przy którym znajduje się pracownia EW. Zgodnie z relacją personelu, ostatnie zabiegi wykonywano ponad 12 miesięcy przed wizytacją. Personel okazał stosowny formularz świadomej zgody na zabiegi EW oraz pisemną informację dla pacjentów, obejmującą m. in. możliwe powikłania zabiegów.

Ponadto, w oddziale prowadzone są oddziaływania pozafarmakologiczne w postaci m. in. terapii zajęciowej, treningu budżetowego, zajęć sportowych na siłowni, indywidualnego kontaktu psychologicznego, psychorysunku, psychoedukacji, zebrań społeczności terapeutycznej oddziału oraz grup wsparcia psychologicznego. Z uzyskanych informacji wynika, że w oddziale zatrudnionych jest 2 psychologów oraz 3 terapeutów. Pacjenci mają dostęp do harmonogramu zajęć, wywieszzonego na tablicy ogłoszeń w oddziale. Terapia zajęciowa prowadzona jest regularnie, w oddziale zatrudniona jest wystarczająca liczba terapeutów zajęciowych. W ramach terapii zajęciowej prowadzony jest dodatkowo trening budżetowy oraz zajęcia sportowe na siłowni.

Zaznaczyć należy, że w warunkach oddziałów sądowych istotne znaczenie mają oddziaływania pozafarmakologiczne, w tym m. in. ukierunkowane na poprawę wglądu w popełniony czyn, treningi umiejętności społecznych, treningi funkcji poznawczych etc. Wśród oddziaływań terapeutycznych istotne znaczenie ma indywidualny kontakt z psychologiem. Biorąc pod uwagę inne obciążenia psychologów pracujących w oddziale, w tym m. in. uczestniczenie w zebraniach zespołu, prowadzenie zajęć grupowych oraz uczestniczenie w opracowywaniu opinii okresowych (obligatoryjnych co 6 miesięcy dla każdego z 52 pacjentów), zapewnienie indywidualnego kontaktu z psychologiem w wymiarze przynajmniej 1 godz. tygodniowo jest mało realne. Jak wynika z relacji personelu proces oceny i zarządzania ryzykiem dla potrzeb postępowania sądowego dotyczącego kontynuacji realizacji środka zabezpieczającego dla każdego z pacjentów przeprowadzany jest indywidualnie.

Zdaniem eksperta KMPT zwiększenie dostępności do nowoczesnych metod oddziaływania pozafarmakologicznego wymaga zwiększenia liczby psychologów pracujących w oddziale.

W tym miejscu warto przytoczyć stanowisko CPT wskazujące, 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 pracy¹².

5.4 Prawo do informacji o stosowanej farmakoterapii

Z uzyskanych informacji wynika, że nie wszyscy pacjenci mają świadomość jakie leki przyjmują. Oczywiście KMPT zdaje sobie sprawę, że istnieje grupa pacjentów, którzy ze względu na zaburzenia funkcji poznawczych wynikających z procesów chorobowych ośrodkowego układu nerwowego, nie są w stanie wskazać sposobu prowadzonego wobec siebie leczenia farmakologicznego. Jednakże byli też pacjenci, którzy chcieli wiedzieć jakie leki są wobec nich stosowane bądź prosili o udostępnienie ulotki, natomiast informacje takie nie były im udzielane.

Zaznaczyć należy, iż każdy pacjent ma prawo do informacji, jakie leki zażywa, ponieważ na podstawie art. 23 ust 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r., poz. 1127 ze zm.) pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.

5.5 Dokumentacja medyczna

Dokumentacja medyczna prowadzona jest zarówno w formie elektronicznej, jak i w formie wpisów odręcznych. Dokumentacja podzielona jest na sekcje, przechowywane w oddzielnych teczkach. Wyniki badań dodatkowych gromadzone są w osobnych teczkach. Z uwagi na często wieloletnie okresy pobytu pacjentów w oddziale, w przypadku niektórych pacjentów dokumentacja składa się z wielu tomów (teczek). Dodatkowo część aktualnej dokumentacji dostępna jest, wg relacji personelu, jedynie w formie elektronicznej.

Jak wskazał ekspert KMPT brak ujednoliconego systemu prowadzenia dokumentacji medycznej stwarza ryzyko powstania niezamierzonego błędu, w szczególności w warunkach niespodziewanego zastępstwa lub w warunkach dyżuru lekarskiego. Wprowadzenie ujednoliconego systemu prowadzenia dokumentacji wydaje się w tej sytuacji zasadnym

¹² Zob. pkt 37 Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98) 12].

rozwiązaniem. Ponadto analiza prowadzonej dokumentacji medycznej losowo wybranych pacjentów wykazała istotne dysproporcje pomiędzy wpisami lekarskimi a raportami pielęgniarskimi w zakresie szczegółowości prowadzonych obserwacji. Niektóre istotne zdarzenia, w tym zachowania agresywne i autoagresywne, odnotowane w dokumentacji pielęgniarskiej, nie miały odzwierciedlenia w dokumentacji lekarskiej. W dokumentacji lekarskiej obserwacje, w większości przypadków, dokonywane były z częstotliwością około 1 wpisu na 7 dni. Zawierają ocenę stanu somatycznego, podstawowych parametrów życiowych, ocenę stanu psychicznego. Część obserwacji prowadzonych w formie wpisów odręcznych pozostaje nie w pełni czytelna.

Delegacja KMPT zachęca do przeglądu i zreformowania w placówce systemu prowadzenia dokumentacji tak, by była ona wszechstronna, dokładna, precyzyjna oraz aby raporty pielęgniarskie pokrywały się z dokumentacją lekarską. Zaleca się, aby dokumentacja była jednolita i dostępna dla upoważnionych osób, a także organów nadzorujących placówkę. Tak prowadzona dokumentacja pozwala śledzić ruch, lokalizację, stan zdrowia i samopoczucie osoby przebywającej w szpitalu bez potrzeby analizowania licznych plików, dokumentów lub kart. Dobrze prowadzony rejestr stanowi ważne zabezpieczenie przed torturami, nieludzkim i poniżającym traktowaniem, na co zwraca uwagę SPT - Podkomitet ONZ ds. Zapobiegania Torturom oraz innemu Okrutnemu, Nieludzkiemu, Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu.

Ponadto, w trakcie analizy dokumentacji zwrócono uwagę, że niektóre oświadczenia czy też deklaracje zgody pacjenta pozbawione były podpisu osoby której dotyczą. Na dokumentach nie wskazano przyczyn braku podpisu.

Warto podkreślić, iż w przypadku, gdy dana osoba może zrozumieć swoją sytuację i pozostaje w logicznym kontakcie, należy zapewnić jej możliwość złożenia osobistego podpisu pod oświadczeniem jej dotyczącym. Dotyczy to wszystkich spraw, w których jedynie pacjent może i powinien zająć stanowisko (np. oświadczyć, czy faktycznie zapoznał się ze swoimi prawami i obowiązkami). W przypadku kiedy dany pacjent ze względu na swój stan zdrowia nie jest w stanie złożyć osobiście podpisu, należałoby umieścić informację o przyczynach braku możliwości samodzielnego złożenia podpisu.

5.6 Kontakt ze światem zewnętrznym

Jak ustaliła delegacja KMPT osoby przebywające w Szpitalu mogą posiadać własne telefony komórkowe. Dla tych pacjentów, którzy nie mogą ich mieć, dostępny jest telefon w dyżurce pielęgniarskiej (płatny). Zauważonym problemem w tym zakresie jest brak zapewnionej intymności w związku z prowadzoną rozmową telefoniczną. Co więcej personel

odnotowuje w raportach pielęgniarskich treść prowadzonych rozmów. Jako przykład wskazać można następujące wpisy (pisownia oryginalna):

- *„Pacjent ok 40 minut rozmawiał z rodzicami. Skarżył się że nikt się nim nie interesuje, nie zajmuje. Że jest zostawiony ze swoimi problemami. Leki mu nie pomagają, on to zgłasza a i tak musi je brać. Ciągle tylko pytają, czy ma głosy. A on tylko ma problemy. Prosił matkę, żeby go zabrali ze szpitala (...).”*
- *„Ok. godziny rozmawiał z matką domagał się wypisu do domu”.*
- *„Pacjent podczas rozmowy telefonicznej z żoną nieprzyjemny większość wypowiedzianych zdań miały formę rozkazującą cyt.
„masz przyjechać
„masz powiedzieć
„masz mi przywieźć
4 tysiące złotych
Cała rozmowa skupiała się wobec jego osoby, nie interesował się sprawami domu i domowników”.*
- *„Opowiadał babci, że go tutaj tuczą, usypiają, chcą mu spuścić 8 l krwi, a odbył ma tak zaciśnięty, że nie może włożyć palca”.*

Ponadto, w raportach pielęgniarskich znalazły się wpisy personelu mówiące o tym, że dany pacjent komunikował się z adwokatem. Oznacza to, że personel jest także obecny przy rozmowach z pełnomocnikami i jest w stanie zapoznać się z całą treścią prowadzanego dialogu.

Powyższe praktyki naruszają art. 49 Konstytucji RP gwarantujący wolność i ochronę tajemnicy komunikowania się, których ograniczenie może nastąpić jedynie w przypadkach i w sposób określony w ustawie. Ponadto zaznaczyć należy, że na podstawie art. 33 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjent podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami¹³.

¹³ Wyjątek stanowi art. 204c ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (tekst jednolity: Dz.U. z 2019 r., poz. 676 ze zm.) zgodnie z którym:

Osobiste kontakty sprawcy przebywającego w zakładzie psychiatrycznym, o którym mowa w art. 200 § 2 pkt 2 lub 3, z osobami odwiedzającymi mogą odbywać się tylko za zgodą kierowników tych zakładów. Można odmówić udzielenia takiej zgody, w szczególności gdy kontakty te powodują wzrost ryzyka zachowań niebezpiecznych.

W tym kontekście należy podkreślić także, że dostęp osoby pozbawionej wolności do prawnika jest pojęciem szerszym niż udzielanie pomocy prawnej. To podstawowa gwarancja prewencji tortur. Prawo do rozmowy telefonicznej z pełnomocnikiem jest gwarancją przeciwko niewłaściwemu traktowaniu. Ponadto, rozmowa czy też spotkanie z pełnomocnikiem powinno odbywać się na osobności, poza zasięgiem słuchu osób postronnych, gdyż tylko w takiej sytuacji osoba internowana może czuć się na tyle swobodnie, by móc bez skrępowania wskazać sposób, w jaki jest traktowana.

SPT podkreślał wielokrotnie, że pełnomocnik jest kluczową osobą, która może zapewnić pomoc osobie pozbawionej wolności w wykonywaniu jej praw, w tym w dostępie do mechanizmów skargowych. Jeśli bowiem zatrzymany został poddany torturom lub złemu traktowaniu, dostęp do prawnika, poza sprawowaniem funkcji prewencyjnej, ułatwi realizację prawa do wnoszenia skargi¹⁴. W trakcie wizytacji w Polsce w 2018 r. Podkomitet zalecił, aby Państwo podjęło skuteczne środki w celu zagwarantowania by wszystkim osobom pozbawionym wolności przysługiwało prawo kontaktu z prawnikiem, od momentu zatrzymania¹⁵.

KMPT podkreśla, że umożliwienie pacjentom swobodnej komunikacji ze światem zewnętrznym jest jednym z podstawowych praw człowieka (stanowi realizację prawa do życia prywatnego), a co więcej stanowi istotny czynnik terapeutyczny. W związku z powyższym zaleca umożliwienie odbywania swobodnych rozmów telefonicznych z pełnomocnikami oraz innymi osobami w warunkach zapewniających poufność.

5.7 Prawo do informacji i mechanizm skargowy

KMPT podczas swoich wizytacji zawsze zwraca szczególną uwagę na sytuacje cudzoziemców przebywających w jednostkach i nieznających języka polskiego. W dniach wizyty w Szpitalu przebywał cudzoziemiec. Pan ten nie posługiwał się językiem polskim ani angielskim. Przedstawiciele KMPT przeanalizowali dokładnie historię pacjenta pod kątem zapewnienia właściwej informacji oraz leczenia w przypadku wystąpienia bariery językowej.

Przykład tego pacjenta skłania do pytania o rzetelność prowadzonych rozmów wstępnych, tak istotnych z punktu widzenia zapewnienia cudzoziemcowi podstawowych informacji dotyczących jego praw, obowiązków czy zagrożeń, jakie może napotkać podczas pobytu w oddziale. W ocenie KMPT konieczne jest przygotowanie rozwiązań (strategii lub

¹⁴ Raport SPT z wizyty na Malediwach, 26 luty 2009 r., CAT/OP/MDV/1, § 62; Raport SPT z wizyty w Brazylii, 5 lipiec 2012 r., CAT/OP/BRA/1, § 67; Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 16 marzec 2016 r., CAT/OP/UKR/1, § 39.

¹⁵ Raport SPT z wizyty w Polsce, 21 styczeń 2020 r., CAT/OP/POL/ROSP/1, § 52.

procedur) gwarantujących, że wszelkie dokumenty, w tym wymagające podpisania oświadczenia, będą sporządzane w zrozumiałym dla nich języku. Za niedopuszczalne i rażąco naruszające prawo do informacji należy uznać zobowiązanie cudzoziemca do podpisywania jakichkolwiek dokumentów w języku polskim, w sytuacji gdy się nim nie posługuje. Ponadto ważnym 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.

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

Wobec powyższego przedstawiciele KMPT zalecają, aby wszelkie informacje dotyczące praw i obowiązków pacjentów, także zasad wykonywania środka zabezpieczającego oraz oświadczeń sporządzanych w trakcie izolacji, były im przekazywane w języku dla nich zrozumiałym np. za pośrednictwem tłumacza czy informatycznych komunikatorów językowych.

KMPT widzi także potrzebę wyeksponowania w widocznym miejscu na terenie placówki instytucji ochrony praw człowieka i instytucji kontrolnych (wraz z adresami i numerami telefonów), do których mogłyby zwrócić się osoby zamieszkujące placówkę lub ich rodziny, w przypadku naruszenia praw pensjonariuszy. Przykładowo do takich instytucji można zaliczyć: Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z nr bezpłatnej infolinii 0 800 676 676), Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego, Prokuraturę, Policję, organizacje pozarządowe (np. Helsińską Fundację Praw Człowieka).

Jak ustalono w Szpitalu nie jest prowadzony jeden rejestr skarg. Pisma będące wnioskami/skargami znajdowały się w dokumentacji konkretnego pacjenta. Zaznaczyć należy, że osoby wizytujące w żadnym przypadku nie odnotowały dołączonej odpowiedzi dyrektora Szpitala na pismo pacjenta.

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

CPT podkreśla znaczenie dostępu do mechanizmów skargowych jako fundamentalnej gwarancji ochronnej przed niewłaściwym traktowaniem. Efektywne działanie takich mechanizmów może nie tylko łagodzić napięcia między osobami pozbawionymi wolności i personelem, ale także poprzez zapewnienie, że skargi są traktowane poważnie, przyczynić się do budowania pozytywnych relacji¹⁶.

Informacja o prawie i sposobie składania skarg powinna być przekazywana zarówno w formie ustnej jak i pisemnej, w sposób zrozumiały dla użytkownika. CPT rekomenduje opracowanie odpowiedniego narzędzia informacyjnego (np. plakatów w przestrzeniach wspólnych, rozdziału dotyczącego procedur składania skarg w regulaminie, ulotek i filmów informacyjnych)¹⁷.

CPT zachęca też do utworzenia poufnego rejestru skarg, zawierającego: nazwiska skarżących, rodzaj i przedmiot skarg, wynik procedury składania skarg i procedury odwoławczej, działania następcze podjęte w celu naprawienia zarzucanej sytuacji oraz wszelkie rekompensaty przyznane skarżącym. Zapisy rejestru powinny służyć jako narzędzie zarządzania¹⁸.

Ponadto jak wskazał SPT podczas wizyty w Polsce¹⁹ państwo powinno podjąć kroki w celu zapewnienia, że skargi są odpowiednio rozpatrywane, a wszelkie zarzuty o represje wobec tych, którzy złożyli skargi, są rozpatrywane.

Biorąc pod uwagę powyższe KMPT zaleca dołączanie odpowiedzi Dyrekcji do wniosku/skargi pacjenta lub stworzenie jednego wspólnego dla oddziału rejestru skarg.

¹⁶ Tamże, § 68-91.

¹⁷ Tamże, § 79.

¹⁸ Tamże, § 90.

¹⁹ Raport SPT z wizyty w Polsce, 21 styczeń 2020 r., CAT/OP/POL/ROSP/1, § 113.

5.8 Warunki bytowe

Warunki bytowe zapewniane pacjentom zostały uznane przez osoby wizytujące jako przeciętne. W niektórych łazienkach brakowało słuchawek prysznicowych oraz zasłon. KMPT podkreśla konieczność zapewniania zasłon umożliwiających nieskrępowane korzystanie z prysznica. Nie ulega wątpliwości, że osoby internowane powinny mieć możliwość odbycia kąpieli w warunkach zapewniających każdemu minimum intymności, odpowiadających pod tym względem ogólnie przyjętym w społeczeństwie standardom. Dodatkowo nie w każdej łazience muszla ustępowa miała zamontowaną deskę klozetową.

Ponadto plac spacerowy przeznaczony dla oddziału psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu był w stanie wymagającym pilnego remontu.

Należy zwrócić uwagę, że sale przeznaczone do izolacji pacjentów nie są w pełni dostosowane do wymogów bezpieczeństwa. Pacjenci mają dostęp do standardowych sanitariatów i elementów armatury, niezabezpieczonych przed próbami demontażu. Jedynie w jednej z sal grzejnik został zabezpieczony metalową osłoną. Ponadto zwracają uwagę wystające elementy wyposażenia sal, stwarzające ryzyko wykorzystania ich do działań autoagresywnych.

To jak ważne jest zapewnienie odpowiednich warunków bytowych, które wyeliminują ryzyko zaistnienia poniżającego traktowania stale podkreśla CPT. Komitet uważnie bada warunki życia i leczenia pacjentów; braki w tym zakresie mogą szybko doprowadzić do sytuacji wchodzącej w zakres pojęcia „niehumanitarne i poniżające traktowanie”. Powinno zmierzać się do zapewnienia takich warunków materialnych, które sprzyjają leczeniu i dobremu samopoczuciu pacjentów; posługując się terminologią psychiatryczną: właściwe środowisko terapeutyczne. Ma to duże znaczenie nie tylko dla pacjentów, lecz także dla personelu pracującego w ośrodkach psychiatrycznych²⁰.

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 higienicznych. Należy przykładać szczególną uwagę do dekoracji pomieszczeń pacjentów oraz miejsc przeznaczonych do odpoczynku, w celu dostarczenia pacjentom stymulacji wzrokowej. Wysoce pożądane jest przechowywanie określonych rzeczy osobistych (fotografie, książki, itp.). Należy także podkreślić znaczenie zapewnienia pacjentom określonego miejsca, w którym mogą przechowywać swoje rzeczy pod

²⁰ Wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego CPT, CPT/Inf(98)12, § 32.

kluczem; brak takiego miejsca może godzić w poczucie bezpieczeństwa i autonomii u pacjenta²¹.

W związku z powyższym KMPT podkreśla konieczność zamontowania zasłon prysznicowych oraz systematycznego przeglądu infrastruktury oddziału i dokonywanie bieżących napraw. Ponadto przy przeprowadzaniu najbliższego remontu należy mieć na względzie konieczność odnowienia placu spacerowego, o którym mowa wyżej. KMPT zaleca także dostosowanie sal, w których prowadzone są izolacje pacjentów do wymogów bezpieczeństwa.

5.9 Personel

Jak wynika z ustaleń eksperta KMPT obsada etatowa oddziału jest niewystarczająca w zakresie obsady lekarskiej, psychologicznej oraz w zakresie niższego personelu medycznego (sanitariuszek i sanitariuszy). Należy zaznaczyć, że specyfika oddziałów sądowo-psychiatrycznych wymaga zaangażowania personelu nie tylko w proces terapeutyczny, ale także w proces oceny i zarządzania ryzykiem oraz obligatoryjne opiniowanie okresowe postępów realizacji środków zabezpieczających do właściwych sądów. Dodatkowym obciążeniem jest konieczność uczestniczenia w posiedzeniach sądu w ramach wykonywanych obowiązków.

Kwalifikacje personelu oddziału i przygotowanie do pracy w oddziale psychiatrii sądowej nie budzą zastrzeżeń, jednakże w obliczu zmian regulacji prawnych dotyczących realizacji środków zabezpieczających oraz praktyki postępowania z pacjentami sądowo-psychiatrycznymi, w pełni uzasadniona jest potrzeba dalszego kształcenia i podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Jak wynika z rozmów z personelem placówki, pracownicy oddziału dostrzegają taką potrzebę. Tym samym zasadne jest umożliwienie personelowi oddziału podnoszenie kwalifikacji w postaci m. in. szkoleń, seminariów i konferencji naukowych poświęconych tematyce psychiatrii sądowej. Z uzyskanych informacji wynika, że w roku 2019 zostało dla pracowników przeprowadzone szkolenie z resuscytacji krążeniowo-oddechowej. W 2018 r. natomiast przeprowadzono następujące szkolenia: szkolenie specjalizacyjne cykl dwuletni: pielęgniarstwo psychiatryczne (kontynuacja szkolenia rozpoczętego w 2017 r. – 2 pielęgniarki w 2017 r., 3 pielęgniarki od stycznia 2018 r.); Obowiązki informacyjne pielęgniarek oddziału psychiatrii sądowej wobec pacjentów (pielęgniarki); Higiena rąk – przypomnienie zapisów procedury (wszyscy pracownicy); Zasady postępowania z bielizną

²¹ Wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego CPT, CPT/Inf(98)12, § 34.

szpitalną oraz zasady stosowania środków ochrony osobistej (pielęgniarki i salowi); Staranny nadzór nad przyjmowaniem leków przez pacjentów oddziału psychiatrii sądowej (sposoby unikania przyjmowania leków „metody kontroli” itp.) – lekarze, pielęgniarki; Przypomnienie zasad postępowania zawartych w procedurach dotyczących żywienia pacjentów (pielęgniarki i salowi); Przypomnienie zasad segregacji odpadów w Szpitalu (pielęgniarki i salowi); Zasady etyki zawodowej obowiązujące pracowników Szpitala (wszyscy pracownicy); Pacjent z tendencjami suicydalnymi oraz depresyjny – przypomnienie zasad postępowania w oddziale (wszyscy pracownicy); Agresja pacjentów, jej rodzaje i metody postępowania w przypadku wystąpienia w oddziale (wszyscy pracownicy).

Z uwagi na specyfikę pracy, występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pacjentami oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, KMPT zaleca, by katalog oferowanych personelowi szkoleń i warsztatów wzbogacić o tematykę dotyczącą: kontaktu z trudnym pacjentem, rozwiązywania konfliktów, sposobów radzenia sobie ze stresem i agresją, 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, 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 karania²². 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

²² Zob. Raport Podkomitetu ONZ ds. Zapobiegania Torturom oraz Innemu Okrutnemu, Niehumanitarnemu, 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.

kontakt z potencjalną ofiarą przemocy, powinni wykazać zatem szczególne zainteresowanie w zakresie występujących u pacjentów dolegliwości i śladów na ciele.

Na kwestię stosowania map ciał i odpowiedniej dokumentacji wszelkich urazów zwrócił uwagę CPT podczas ostatniej 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 medycznej²³.

Ponadto, niezależnie od posiadanego doświadczenia, ze względu na charakter pracy niezbędne są superwizje dla zespołu terapeutycznego umożliwiające przepracowanie emocji, związanych z procesem terapeutycznym z trudnym pacjentem.

KMPT zaleca zatem zapewnienie odpowiedniego wsparcia dla personelu poprzez rozbudowanie oferty szkoleń z zakresu kontaktu z trudnym pacjentem, rozwiązywania konfliktów, sposobów radzenia sobie ze stresem i agresją, problematyki wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku, wprowadzenie zewnętrznej superwizji, a także zaznajomienie personelu z treścią *Protokołu stambulskiego*.

6. Zalecenia

Na podstawie art. 19 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur zalecają Dyrektorowi Szpitala Neuropsychiatrycznego im. prof. Mieczysława Kaczyńskiego w Lublinie:

1. zaprzestanie przeprowadzania kontroli osobistej,
2. stosowanie przymusu bezpośredniego zgodnie ze standardami przedstawionymi w pkt. 5.2 raportu,
3. zwiększenie liczby zatrudnionych psychologów,
4. informowanie pacjentów na ich życzenie o stosowanej wobec nich farmakoterapii,
5. ujednoczenie systemu prowadzenia dokumentacji medycznej,
6. prowadzenie dokumentacji medycznej w taki sposób aby treść raportów pielęgniarskich była spójna z informacjami zawartymi w dokumentacji lekarskiej pacjentów,

²³ Zob. § 80 Raportu CPT z 2017 r. [CPT/Inf (2018) 39].

7. odbieranie od pacjentów podpisów pod wszelkimi oświadczeniami ich dotyczącymi, jeżeli są w stanie zrozumieć ich treść i wyrazić swoją wolę oraz w przypadku braku takiej możliwości – upowszechnienie praktyki odnotowywania przyczyny niezyskania podpisu pod oświadczeniem,
8. umożliwienie odbywania swobodnych rozmów telefonicznych z pełnomocnikami oraz innymi osobami w warunkach zapewniających poufność,
9. przekazywanie cudzoziemcom nieposługującym się językiem polskim wszelkich informacji i oświadczeń sporządzanych w trakcie izolacji w języku dla nich zrozumiałym np. za pośrednictwem tłumacza czy informatycznych komunikatorów językowych,
10. uzupełnienie tablic informacyjnych o adresy instytucji stojących na straży praw człowieka,
11. dołączanie odpowiedzi Dyrekcji do wniosku/skargi pacjenta lub stworzenie jednego wspólnego dla oddziału rejestru skarg,
12. zamontowanie zasłon prysznicowych oraz bieżącą naprawę urządzeń sanitarnych,
13. przeprowadzenie remontu placu spacerowego przeznaczonego dla oddziału psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu,
14. dostosowanie sal przeznaczonych do izolacji pacjentów do wymogów bezpieczeństwa,
15. zapewnienie odpowiedniego wsparcia dla personelu poprzez rozbudowanie oferty szkoleń z zakresu kontaktu z trudnym pacjentem, rozwiązywania konfliktów, sposobów radzenia sobie ze stresem i agresją, problematyki wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku,
16. zaznajomienie pracowników z Protokołem Stambulskim, czyli Podręcznikiem skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania;
17. wprowadzenie zewnętrznej superwizji dla pracowników.