

RPO-726429-VII-720.1/13/PK

**Raport**  
**Krajowego Mechanizmu Prewencji**  
**z wizytacji w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym**  
**im. dr Emila Cyrana w Lublińcu**

**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 z upoważnienia Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 7 - 8 marca 2013 r., do Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr Emila Cyrana przy ul. Grunwaldzkiej 48 w Lublińcu (zwanego dalej: Szpitalem, placówką) udali się pracownicy Zespołu „Krajowy Mechanizm Prewencji” (zwanego dalej KMP lub Mechanizmem): Magdalena Filipiak (prawnik, psycholog), Justyna Jóźwiak (politolog w zakresie resocjalizacji), Przemysław Kazimirski oraz Michał Kleszcz (prawnicy). W wizytacji wziął również udział ekspert KMP – lek. med. Leszek Asman (specjalista z zakresu psychiatrii). Wyniki ekspertyzy zostały włączone w treść Raportu.

Celem wizytacji zapobiegawczej przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji było sprawdzenie na miejscu sposobu przestrzegania praw osób umieszczonych w Szpitalu w ramach środka zabezpieczającego, o którym mowa w art. 94 § 1 Kodeksu karnego (zwanymi dalej: internowanymi, pacjentami), dokonując oceny pod względem ich ochrony przed torturami oraz innym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem.

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- przeprowadzono rozmowy z: dyrektorem Szpitala, Rzecznikiem Praw Pacjenta Psychiatrycznego działającego na terenie wizytowanej placówki, ordynatorami Oddziałów psychiatrii sądowej o podstawowym i wzmocnionym stopniu zabezpieczenia (dalej: Oddziały) oraz z członkami zatrudnionego w nich personelu;
- dokonano oglądu Oddziałów, w tym: pokoi pacjentów, gabinetów lekarskich, sanitariatów, świetlic i jadalni;
- przeprowadzono rozmowy indywidualne z wybranymi pacjentami;
- poddano analizie dokumentację dostępną na miejscu, m.in. książki raportów pielęgniarzkich, historie chorób, opinie psychiatryczne pacjentów internowanych, zeszyt zdarzeń niepożądanych, zeszyty agresji.

W toku wizytacji sporządzono dokumentację fotograficzną.

Ustalenia dokonane w ramach powyższych czynności pracownicy Krajowego Mechanizmu Prewencji przekazali na miejscu dyrektorowi Szpitala oraz ordynatorom wizytowanych Oddziałów.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano: Statut Wojewódzkiego Szpitala neuropsychiatrycznego im. dr Emila Cyrana w Lublińcu; regulaminy oddziału psychiatrii sądowej o podstawowym i wzmocnionym zabezpieczeniu wraz z zasadami odwiedzin pacjentów w tych oddziałach; protokół sędziego Sądu Okręgowego w Częstochowie z wizytacji przeprowadzonej w dniu 17 maja 2012 r. w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznego w Lublińcu oraz inne dokumenty związane z funkcjonowaniem wizytowanych Oddziałów.

## **2. Charakterystyka placówki**

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. Nr 179, poz. 1854 ze zm.), Szpital przeznaczony jest do wykonywania

środków zabezpieczających wobec mężczyzn i kobiet w warunkach podstawowego (52 miejsca) i wzmocnionego zabezpieczenia (60 miejsc).

Wizytowane oddziały psychiatrii sądowej znajdują się w dwóch budynkach usytuowanych na rozległym terenie Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr Emila Cyrana przy ul. Grunwaldzkiej 48 w Lublińcu. Oddział dla osób internowanych dysponujący warunkami wzmocnionego zabezpieczenia funkcjonuje od dnia 01.04.2012 r.

### **3. Legalność pobytu**

W czasie wizytacji, środek zabezpieczający w warunkach podstawowego zabezpieczenia wykonywany był wobec 49 osób (w tym 44 mężczyzn), zaś w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia wobec 54 osób (w tym 2 mężczyzn). Analiza dokumentacji prawnej pod kątem legalności pobytu osób internowanych nie wykazała nieprawidłowości zarówno w zakresie podstaw prawnych warunkujących umieszczenie w Szpitalu (postanowienia sądu), jak również częstotliwości sporządzania przez lekarzy opinii na temat stanu zdrowia pacjentów internowanych.

Z informacji przekazanych wizytującym przez ordynatora Oddziału o wzmocnionym zabezpieczeniu wynika, że wobec 6 pacjentów zalecono zmianę sposobu wykonywania środka zabezpieczającego. W związku z tym w czasie wizytacji 4 osoby oczekiwały na miejsce w oddziałach dysponujących warunkami podstawowego zabezpieczenia, 2 pozostałe zaś na miejsce w oddziałach dysponujących warunkami maksymalnego zabezpieczenia.

### **4. Personel**

W Oddziale dysponującym warunkami podstawowego zabezpieczenia zatrudnionych jest 4 lekarzy (w tym 2 na etatach częściowych). W składzie wyższego personelu medycznego jest 2 specjalistów psychiatrów i 2 psychologów. Średni personel medyczny stanowi 16 pielęgniarek i 11 sanitariuszy. Terapeuci zajęciowi (4) zatrudnieni są łącznie na 1,8 etatu. W porze nocnej opiekę nad pacjentami umieszczonymi w Oddziale sprawują minimum 2 pielęgniarki wspomagane przez sanitariusza. W Oddziale zatrudniony jest także pracownik socjalny.

W Oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu kadre lekarską stanowi 6 lekarzy (na pełnych etatach), w tym 2 specjalistów psychiatrów. Pozostali lekarze są w trakcie specjalizacji z psychiatrii. Poza tym w Oddziale zatrudnionych jest 2 psychologów (w tym psycholog kliniczny), 2 psychoterapeutów (w trakcie ubiegania się o certyfikat psychoterapeuty). Średni personel medyczny stanowi zaś 18 pielęgniarek i 17 salowych. Terapeuci zajęciowi (5) zatrudnieni są na pełnych etatach. Podobnie jak w Oddziale o podstawowym zabezpieczeniu, w Oddziale wzmocnionym zatrudniony jest pracownik socjalny. Oddział zapewnia minimum 3 osoby z personelu średniego (pielęgniarskiego) podczas dyżuru nocnego oraz dodatkowo przynajmniej jedną osobę z personelu pomocniczego. Biorąc pod uwagę nominalną pojemność Oddziału (60) wskazać należy, że łączna liczba personelu wynosząca 57 osób nie spełnia warunku zawartego w rozporządzeniu 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. Nr 179, poz. 1854 ze zm.) stanowiącym, że liczba personelu przypadająca na jednego pacjenta w oddziale szpitalnym dysponującym wzmocnionym systemem zabezpieczeń, winna wynosić co najmniej 2-krotnie więcej, aniżeli pojemność oddziału.

Z dokumentacji udostępnionej wizytującym przez dyrektora Szpitala, zawierającej plany szkoleń dla podległego mu personelu wynika, że w okresie 01.01.2012 r. – 07.03.2013 r., w obu wizytowanych Oddziałach przeprowadzono szkolenie adresowane do lekarzy nt. Choroby afektywnej dwubiegunowej. Dodatkowo w Oddziale o podstawowym zabezpieczeniu zrealizowano kurs nt. Psychiatrii sądowej oraz orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego. Ponadto, 1 z pielęgniarek z tego Oddziału i 2 z Oddziału wzmocnionego, uzyskały specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego. W Oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu przeprowadzono kursy w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego oraz szkolenie z zakresu HIV i AIDS.

Wobec personelu wizytowanych oddziałów nie były prowadzone postępowania dyscyplinarne ani sądowe.

Podczas rozmowy wstępnej, dyrektor Szpitala podkreślił problem bezpieczeństwa zatrudnionych w Oddziałach osób – w szczególności z Oddziału o wzmocnionym zabezpieczeniu. Związana z tym jest kwestia organizacyjna wynikająca z występowania zachowań agresywnych ze strony niektórych pacjentów i konieczności stosowania wobec nich środków przymusu bezpośredniego. Szpital nie dysponuje dyżurną grupą osób służącą do tego celu, a korzysta w takich przypadkach z męskiego personelu pełniącego dyżur na poszczególnych oddziałach szpitalnych. Powoduje to wprawdzie przejściowy, ale jednakże zdecydowany niedobór personelu na oddziałach, których dyżurni pracownicy biorą udział w stosowaniu środków przymusu bezpośredniego. Zagrozić to może bezpieczeństwu przebywających na nich pacjentów, a także pozostałego personelu. Bez wątpienia, sytuacja w zakresie podniesienia poziomu bezpieczeństwa ulegnie poprawie wraz z uzyskaniem wspomnianego wyżej wskaźnika zatrudnienia w Oddziale dysponującym warunkami wzmocnionego zabezpieczenia. Dlatego też pracownicy KMP podkreślają konieczność dostosowania liczebności personelu do przepisów wspomnianego wyżej rozporządzenia.

## **5. Traktowanie**

Z informacji uzyskanych na podstawie analizy Książek raportów lekarskich lekarza dyżurnego Szpitala oraz Książek raportów pielęgniarskich, prowadzonych w Oddziałach oraz z informacji udzielonej przez ich ordynatorów wynika, że ani w roku ubiegłym ani w bieżącym, nie odnotowano żadnych zdarzeń nadzwyczajnych z udziałem pacjentów internowanych.

Z danych zawartych w Ewidencji samowolnych oddaleń wynika, że w 2012 r., w Oddziale o podstawowym zabezpieczeniu odnotowano 3 takie oddalenia, zaś w roku bieżącym – 1 (22.01.2013 r.). Pacjenci zostali dowiezieni do Szpitala przez Policję.

Jak wynika z oglądu oraz informacji pozyskanych w trakcie wizytacji od personelu oraz ordynatorów wizytowanych Oddziałów, przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia stosowany jest ze względu na brak izolatki, w ogólnych salach pacjentów, zgodnie z wymogami określonymi w § 7 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania

przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. z 2012 r., poz. 740).

Zapoznanie się na miejscu przez wizytujących z przebiegiem stosowania wspomnianego środka wobec pacjenta z Oddziału dysponującego podstawowym zabezpieczeniem ujawniło, że unieruchomienie stosowane było w sali ogólnej, bez zagwarantowania poszanowania godności pacjenta poddanego środkowi, poprzez odsłonięcie łóżka, na którym się znajdował, parawanem.

Przedstawiciele Mechanizmu pragną podkreślić w tym miejscu z całą stanowczością, że obowiązek przestrzegania wspomnianego wyżej § 7 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia, ma charakter bezwzględny. Wymóg zagwarantowania poszanowania godności przy stosowaniu środków przymusu bezpośredniego w ogólnych salach pacjentów, został podkreślony przez ustawodawcę ze względu na lokalowy brak możliwości izolacji pacjenta poddanego przymusowi od innych osób.

W 2012 r., wobec pacjentów internowanych w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia skorzystano z przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia 33 razy (29 wobec mężczyzn, 4 wobec kobiet), zaś w Oddziale dysponującym warunkami podstawowego zabezpieczenia 25 razy (17 M, 8 K). W odniesieniu do danych pochodzących z tego ostatniego, należy zwrócić uwagę, że obejmują one okres od dnia 01.04.2012 r. kiedy to Oddział został uruchomiony.

Analiza dokumentacji unieruchomień zastosowanych wobec pacjentów internowanych, wykazała następujące nieprawidłowości dotyczące zasad dokumentowania przymusu bezpośredniego.

#### I. Oddział o podstawowym zabezpieczeniu:

- u pacjenta (nr historii choroby , data zastosowania przymusu ) - na karcie przymusu brak podpisu jednej z osób stosujących środek; nieczytelne podpisy pozostałych wykonujących; brak czytelnych podpisów lekarza zlecającego i kończącego stosowanie przymusu. W przypadku tym brakuje w ocenie pracowników Mechanizmu, jednoznacznego uzasadnienia zastosowania środka. Na karcie przymusu i w



i kończących stosowanie przymusu; niezgodność pomiędzy danymi osób kończących stosowanie przymusu (inna osoba na karcie przymusu, a inna osoba w historii choroby).

Z rozmów z pacjentami oraz obserwacji wizytujących wynika, że atmosfera panująca w Oddziałach jest wolna od napięć. Rozmówcy nie zgłaszali żadnych zastrzeżeń w kwestii traktowania ich przez personel, chwalili warunki pobytu i atmosferę. Część z rozmówców potwierdziła, że byli świadkami stosowania unieruchomienia wobec innych pacjentów w Oddziale. Pacjenci podkreślali, że podczas pobytu w Szpitalu czują się bezpiecznie.

## **6. Dyscyplinowanie**

Prawa i obowiązki pacjentów internowanych w wizytowanych Oddziałach reguluje zarządzenie dyrektora Szpitala nr 34/2009 (Regulamin wewnętrzny Oddziału psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu) oraz zarządzenie nr 19 / 2012 (Regulamin wewnętrznego Oddziału Psychiatrii Sądowej o podstawowym stopniu zabezpieczenia). Analiza obu aktów nie nasuwa wątpliwości co do układu regulacji, jej przejrzystości oraz sposobu formułowania treści przepisów. Każde z zarządzeń składa się z 3 zasadniczych części – regulaminu *sensu stricte*, Praw i obowiązków pacjenta oraz Zasad odwiedzin pacjentów. Dodatkowy załącznik w Regulaminie wewnętrznym Oddziału psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu, stanowi Regulamin organizacyjno-prawny wykonywania środków zabezpieczających.

Godnym podkreślenia w ocenie pracowników Mechanizmu, jest zawarcie w tekstach obu regulaminów, w części dotyczącej Praw i obowiązków pacjentów wykazu organów stojących na straży przestrzegania prawa, w tym m.in. Rzecznika Praw Obywatelskich.

Obowiązujące uregulowania nie wprowadzają odpowiedzialności dyscyplinarnej. Zawierają jedynie postanowienia o odpowiedzialności materialnej ponoszonej przez pacjenta w uzasadnionych przypadkach za szkody w mieniu Szpitala powstałe z jego winy.



Przedstawiciele KMP nie odebrali w trakcie rozmów z pacjentami sygnałów świadczących o stosowaniu odpowiedzialności zbiorowej, lub karaniu.

## **7. Prawo do ochrony zdrowia**

Możliwości w zakresie leczenia farmakologicznego można określić ogólnie jako dobre. Oddziały oferują szeroki zakres farmakoterapii, w tym leków psychotropowych nowszych generacji (zwłaszcza leków antypsychotycznych). Dostęp do leków służących do leczenia chorób somatycznych również nie budzi zastrzeżeń. Leki zlecane przez lekarzy Oddziałów lub też przez lekarzy specjalistów innych specjalności są dostępne po ich zamówieniu w aptecce szpitalnej.

Dostęp pacjentów do pracowników medycznych w Oddziałach nie jest ograniczany. Spotkania z lekarzami odbywają się w sposób planowy (wizyty lekarskie, indywidualne okresowe badania), a także z inicjatywy pacjentów lub też w sytuacjach szczególnych (pogorszenie stanu psychicznego, wystąpienie choroby somatycznej itp.). W sytuacjach nagłych, poza godzinami pracy personelu lekarskiego istnieje możliwość zbadania pacjenta przez lekarza dyżurnego. W przypadkach wystąpienia zaburzeń natury somatycznej, w przypadku konieczności, istnieje możliwość konsultacji pacjenta przez lekarza innej specjalności niż psychiatria, na miejscu w oddziale lub też w innych sytuacjach (głównie nagłych) poza obrębem oddziału (przewiezienie do innego szpitala).

Analiza historii chorób wybranych pacjentów nie wykazała nieprawidłowości. We wszystkich znajdowało się badanie stanu psychicznego i somatycznego w izbie przyjęć, badanie stanu psychicznego i somatycznego w oddziale, wywiady wraz z wpisami odnośnie stanu pacjenta. Do historii chorób dołączone były również wyniki badań dodatkowych.

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji zwracają jednakże uwagę, że Karty zleceń lekarskich („Indywidualna karta zleceń lekarskich”) prowadzone są w sposób uniemożliwiający jednoznaczną identyfikację osoby wykonującej zlecenie (pielęgniarki) oraz faktu, w jakiej części to zlecenie zostało wykonane. W części Kart brakowało także podania form stosowanych leków oraz drogi ich podania, a także ich dawek. Niejasne są także wpisy dotyczące zmian dawkowania leków, drogi ich

podania oraz ich odstawienia. W ocenie pracowników Mechanizmu forma tego dokumentu, jako praktycznie jedyne dokumentującego prawidłowe prowadzenie farmakoterapii powinna zawierać możliwość dokonywania niezbędnych wpisów, a sposób jego prowadzenia powinien być jednoznacznie jasny i czytelny (zgodnie z zasadami prowadzenia dokumentacji medycznej zawartymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697). Obowiązujący w szpitalu wzór karty zleceń powinien zostać opracowany przez dyrekcję szpitala, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Członkowie Krajowego Mechanizmu Prewencji pragną w tym miejscu zwrócić uwagę, że bilans finansów oddziałów psychiatrycznych nie jest zrównoważony, co wiąże się z powszechnym niedoszacowaniem w kontraktach z NFZ psychiatrycznych świadczeń szpitalnych. Zarówno dyrektor Szpitala jak i ordynatorzy wizytowanych Oddziałów zwrócili uwagę przedstawicielom Mechanizmu, iż pacjenci geriatryczni, chorzy somatycznie leczeni w oddziałach ogólnopsychiatrycznych są opłacani przez NFZ według takich samych stawek jak inni pacjenci, podczas gdy w oddziałach detoksykacyjnych, lub psychogeriatrycznych ci sami pacjenci są opłacani według wyższych stawek. Schorzenia somatyczne leczone w oddziałach psychiatrycznych nie są dodatkowo refundowane, podczas gdy w oddziałach internistycznych i innych specjalistycznych są kalkulowane i refundowane według kosztów wykonanych procedur. W ocenie przedstawicieli Mechanizmu, sytuacja ta prowadzi do zadłużania jednostek udzielających całodobowych świadczeń z zakresu psychiatrii. Co więcej, stanowi ona przejaw dyskryminacji chorych psychicznie w systemie opieki zdrowotnej w Polsce.

Pacjenci, z którymi rozmawiali przedstawiciele KMP nie zgłosili uwag krytycznych co do dostępności świadczeń medycznych, zarówno podstawowego, jak i specjalistycznego stopnia. Zdecydowana większość pacjentów wiedziała jakie leki przyjmuje.

## **8. Prawo do skargi**

Od dnia 3 stycznia 2012 r. na terenie wizytowanego Szpitala zatrudniony jest Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, o którym mowa w art. 10a-10d ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 tekst jednolity), zwanej dalej uoozp. Dane teleadresowe oraz godziny urzędowania Rzecznika, wywieszane zostały w obu Oddziałach na tablicach ogłoszeń.

Z informacji przekazanych pracownikom KMP przez Rzecznika wynika, że pozostaje on w stałym kontakcie z pacjentami wizytowanych Oddziałów – rozpatruje zgłaszane skargi oraz składa niezapowiedziane wizyty w Oddziałach sprawdzając traktowanie pacjentów przez zatrudniony w nich personel. Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w Lublińcu podczas rozmowy z przedstawicielem Mechanizmu podkreślał dobrą współpracę z władzami Szpitala w zakresie podnoszenia standardów ochrony praw pacjentów.

Pacjenci, z którymi rozmawiali przedstawiciele Mechanizmu, nie korzystali z prawa do skargi. Wiedzieli jednakże o istnieniu Rzecznika Praw Pacjenta; potwierdzali że odwiedzają regularnie Oddziały.

## **9. Prawo do informacji**

Sytuację w zakresie uświadamiania pacjentów wizytowanych Oddziałów o możliwości składania skarg oraz organów kompetentnych do ich rozpatrzenia, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji oceniają dobrze. Jak wspomniano w poprzednim punkcie Raportu, we wszystkich zlustrowanych oddziałach znajdowały się tablice informacyjne, zawierające niezbędne dane teleadresowe Rzecznika Praw Pacjenta Psychiatrycznego działającego na terenie Szpitala oraz instytucji stojących na straży przestrzegania ich praw. Mając jednakże na uwadze, że w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich działa bezpłatna infolinia, zasadnym w ocenie pracowników Mechanizmu byłoby uzupełnienie danych teleadresowych dotyczących urzędu Rzecznika Praw Obywatelskich, o numer wspomnianej infolinii - 800 676 676 oraz informację, że jest ona czynna w godzinach 10.00 – 18.00 (poniedziałki) i 8.00 – 16.00 (wtorek-piątek).

Z rozmów z pacjentami wynika, że posiadają oni wiedzę na temat regulaminów obowiązujących w Oddziałach oraz na temat swoich praw i obowiązków.

#### **10. Prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym**

Korzystanie przez pacjentów z prawa do korespondencji nie jest ograniczane przez władze szpitalne.

Pacjenci mają prawo do korzystania z telefonu na kartę oraz z własnych telefonów komórkowych. Mają również zagwarantowany dostęp do prasy oraz telewizji.

Pacjenci, wobec których środek zabezpieczający wykonywany jest w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia, korzystają z codziennych wyjść na świeże powietrze mając do dyspozycji przylegający do budynku plac rekreacyjny.

Sytuacja w tym zakresie internowanych z Oddziału o podstawowym zabezpieczeniu jest zgoła odmienna. W związku z brakiem odpowiednio zabezpieczonego terenu rekreacyjnego, nie ma możliwości zagwarantowania im codziennego dostępu do świeżego powietrza. Na spacerów po terenie Szpitala, odbywające się pod opieką personelu, wychodzą zaś nieliczni. Co więcej, w stosunku do części pacjentów przebywających w odcinku A tego Oddziału (nowo przyjęci) wyjścia na spacerów pod opieką personelu, nie są stosowane.

Należy podkreślić, że członkowie Mechanizmu stoją na stanowisku, że wykonywanie środków zabezpieczających nie pozbawia pacjentów możliwości codziennego korzystania ze świeżego powietrza. Bez wątpienia korzystanie z codziennych spacerów stanowi niezbędną do życia każdego człowieka okazję właściwego dotlenienia organizmu, a przede wszystkim umożliwia zmianę otoczenia wpływając korzystnie na poprawę zdrowia. Co więcej dostęp do świeżego powietrza stanowi elementarny składnik wykonywania środków zabezpieczających, którego cele wskazane zostały w treści art. 202 Kodeksu karnego wykonawczego (Dz. U. z 1997 r. Nr 90, poz. 557 ze zm.) *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. Trudno wyobrazić sobie realizację celu resocjalizacji pacjenta internowanego bez umożliwienia mu kontaktu ze świeżym powietrzem, a przez to także czasowego odinstytucjonalizowania.

Pracownicy KMP uznają jednakże, że ograniczenia tego prawa mogą pojawić się tylko na skutek stanu psychofizycznego konkretnego pacjenta, który zagraża jego życiu lub zdrowiu, lub wiąże się z takim zagrożeniem dla osób postronnych. Dlatego też, stosowane wobec pacjentów z odcinka A Oddziału o podstawowym zabezpieczeniu, pozbawienie możliwości wyjść na świeże powietrze, jest w ocenie przedstawicieli Mechanizmu bezprawne.

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji mając na uwadze informacje przekazane im w trakcie wizytacji przez dyrektora Szpitala o planach adaptacji części terenu placówki na potrzeby związane z rekreacją jego pacjentów (w tym z Oddziału o podstawowym zabezpieczeniu) zalecają intensyfikację realizacji tego zamierzenia oraz proszą o informacje na temat aktualnych postępów w tym zakresie.

W Oddziałach spotkania z dziećmi do lat 14 nie odbywają się z powodu braku odrębnego pomieszczenia gwarantującego ochronę odwiedzających przed możliwymi negatywnymi następstwami wynikającymi z odbywania takich spotkań. Pracownicy Krajowego Mechanizmu Prewencji zalecają w tym miejscu stworzenie przystosowanych do widzeń z dziećmi pomieszczeń, umiejscowionych poza Oddziałami. Z informacji uzyskanych w trakcie wizytacji Oddziału dysponującego warunkami wzmocnionego zabezpieczenia od jego ordynatora wynika, że na potrzeby takich widzeń mogłaby służyć pomieszczenie zlokalizowane w suterenie zajmowanego przez Oddział budynku.

Kwestią dyskusyjną w ocenie przedstawicieli KMP jest także brak uprawnienia osób internowanych do korzystania z przepustek na okresowe przebywanie poza szpitalem lub przepustek okolicznościowych (np. ceremonia pogrzebowa osoby bliskiej)<sup>1</sup>. Z jednej strony przepustka na okresowe przebywanie poza szpitalem może

---

<sup>1</sup> Problem ten stanowił także przedmiot zainteresowania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w Gnieźnie.

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 (oraz 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 zaś strony 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 społeczeństwie<sup>2</sup>.

W rozmowach z członkami Mechanizmu pacjenci skarżyli się powszechnie na brak możliwości „sprawdzenia się na wolności” (korzystania z przepustek). Pacjenci z Oddziału o podstawowym zabezpieczeniu skarżyli się na brak tzw. „wolnych wyjść” (bez opiekuna) oraz całkowity zakaz wyjść dla osób przebywających na odcinku A tego Oddziału.

Pracownicy Krajowego Mechanizmu Prewencji, biorąc pod uwagę wszystkie powyższe argumenty, będą w dalszym ciągu monitorować kwestię przepustek dla internowanych.

---

<sup>2</sup> Por. Przyjemski Stanisław M., *Głosa do postanowienia SN z dnia 28 września 2006 r.*, I KZP 23/06.

## 11. Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne

Dla pacjentów hospitalizowanych w obu wizytowanych Oddziałach, u których poza chorobą psychiczną rozpoznano także uzależnienie od alkoholu, istnieje możliwość korzystania z oferty Klubu „Nadzieja” działającego na terenie Szpitala. Działalność klubu, jak wynika z wyjaśnień personelu, opiera się na założeniach terapeutycznych klubów Anonimowych Alkoholików. Oferta terapeutyczna w zakresie leczenia odwykowego jest w ocenie przedstawicieli KMP zdecydowanie niewystarczająca. Brakuje w jej ramach możliwości kompleksowego leczenia odwykowego pacjentów uzależnionych. Jak wynika z relacji personelu Oddziału, odsetek pacjentów leczonych w oddziałach sądowych, wykazujących cechy uzależnienia od środków psychoaktywnych, w tym alkoholu, nie jest marginalny. Rozpoznanie to czynione jest często dopiero w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu. Leczenie tylko jednego ze schorzeń (zazwyczaj zaburzeń psychotycznych), bez możliwości leczenia odwykowego, nie zabezpiecza w ocenie pracowników Mechanizmu, prawidłowego postępowania terapeutycznego, a także rehabilitacyjnego. Tym samym powoduje większe prawdopodobieństwo nawrotu schorzenia po zakończeniu hospitalizacji i ewentualnego powrotu do popełniania czynów karalnych (niebezpieczeństwo kolejnych internacji). Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji zdają sobie sprawę, że problem tzw. podwójnych diagnoz (choroba psychiczna plus uzależnienie) ma generalnie wymiar systemowy i nie dotyczy jedynie wizytowanych oddziałów. Jest on nieodłącznie związany ze sferą finansową – pokrywania przez Narodowy Fundusz Zdrowia jedynie kosztów leczenia schorzeń podstawowych pacjenta hospitalizowanego na oddziale psychiatrycznym (sądowym). Brak środków finansowych, niezbędnych do realizacji innych działań (w tym wypadku terapii) uniemożliwia praktycznie przeprowadzenie pełnego leczenia odwykowego, które wymaga zaangażowania i zatrudnienia całego wyspecjalizowanego zespołu terapeutycznego. Problem ten dotyczy także kwestii czysto formalnych (prawnych) skierowania pacjenta-sprawcę przez sąd na leczenie związane z wykonywaniem wobec niego środka zabezpieczającego. Jak wskazuje praktyka, sam pobyt i leczenie w szpitalu umożliwia stosunkowo szybką remisję w zakresie schorzenia podstawowego (np. psychozy). Nerozwiązanym pozostaje zaś problem uzależnienia.

W związku z powyższym, najwłaściwszym miejscem do przeprowadzenia dalszej terapii byłoby oddział odwykowy (prawne przeniesienie pacjenta do innego oddziału jest praktycznie niewykonalne), lub ewentualnie oddział podwójnych diagnoz (takowe, mimo, że istnieją to nie występują na liście oddziałów wskazanych do wykonywania środków zabezpieczających).

Mając świadomość przedstawionych wyżej trudności systemowych, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji pragną podkreślić starania czynione przez dyrektora Szpitala w kwestii poprawy standardu usług medycznych dla pacjentów uzależnionych od alkoholu przebywających w Oddziale o podstawowym zabezpieczeniu. W dniu 1 lutego 2013 r. dyrektor zwrócił się do Regionalnego Ośrodka Pomocy Społecznej z prośbą o przyznanie dotacji celowej na ten właśnie cel. Przekazanie wnioskowanej sumy (1.927.605,34 zł.) umożliwi zagospodarowanie terenu terapeutyczno-rehabilitacyjnego, wykonanie prac modernizacyjnych w pomieszczeniach Oddziału, wymianę przestarzałego wyposażenia oraz rozbudowę monitoringu. Członkowie Krajowego Mechanizmu Prewencji rozumiejąc, że owa dotacja celowa przyznawana jest na poprawę warunków bytowych, pragną raz jeszcze podkreślić nie mniej ważny wymóg komplementarności prowadzonej w Oddziale terapii, który nie powinien zostać pominięty w podnoszeniu standardów opieki nad pacjentami uzależnionymi od alkoholu.

Raz w tygodniu na terenie Oddziału o wzmocnionym zabezpieczeniu odbywają się spotkania społeczności każdego z odcinków.

Oddziały posiadają „Program diagnostyczno-terapeutyczny” (dalej Program). Wątpliwości wizytujących wzbudził zapis Programu dla pacjentów z Oddziału o wzmocnionym zabezpieczeniu, dotyczący niektórych form nagradzania pacjentów jak np. uczestnictwo w okazjonalnych spotkaniach, tj. Tłusty Czwartek czy grillowanie. W ocenie przedstawicieli KMP, takie formy oddziaływań, powinny być raczej normą terapeutyczno – rehabilitacyjną dla wszystkich pacjentów przebywających na Oddziale, a nie tylko formą nagrody dla osób wyróżniających się w realizacji Programu.

W części Programu dotyczącej jego celów zawarto zapis dotyczący współpracy z jednostkami Policji, Straży Pożarnej na wypadek np. pożaru, buntu itp. Nie



deprecjonując roli dobrej współpracy z wymienionymi służbami, trudno w ocenie pracowników KMP znaleźć związek pomiędzy taką współpracą a diagnostyką czy też leczeniem pacjentów internowanych. Równie niezrozumiała jest jedna z form treningu w ramach zajęć grupowych przewidziana dla populacji Oddziału i polegająca na „spożywaniu ciepłych płynów”. Przedstawiciele Mechanizmu zwracają się zatem w tym miejscu do ordynatora Oddziału z prośbą o wyjaśnienie wskazanych wątpliwości.

Zatrudnieni w wizytowanych Oddziałach psycholodzy oferują zajęcia z zakresu szeroko rozumianej psychoterapii indywidualnej (budowanie krytycyzmu wobec choroby, umiejętność radzenia sobie z chorobą) oraz grupowej.

W ramach dostępnych dla pacjentów Oddziałów form terapii grupowej wyróżnić należy: psychoterapię, arteterapię, biblioterapię, muzykoterapię; treningi – m.in. budżetowy, higieniczny, porządkowy, kulinarny oraz zajęcia sportowe – gimnastyka poranna, tenis stołowy, spacer.

W ocenie wizytujących, zbyt ograniczona jest ilość oraz zakres zajęć dotyczących terapii zajęciowej, co biorąc pod uwagę charakter leczonych w oddziałach zaburzeń oraz długość pobytów hospitalizowanych pacjentów, stanowi wydatny niedostatek w zakresie oferty terapeutyczno – rehabilitacyjnej. Na problem ten wskazywali także pracownicy oddziałów.

Pacjenci wizytowanych Oddziałów mają zapewniony dostęp do radia i telewizji, których odbiorniki znajdują się w salach dziennego pobytu. Prasa udostępniana jest pacjentom przez personel. Poza tym każdy z pacjentów zainteresowany stałym dostępem do prasy, może nabywać ją za pośrednictwem pracowników socjalnych.

## **12. Warunki bytowe**

Warunki bytowe panujące w obu wizytowanych Oddziałach pracownicy Krajowego Mechanizmu Prewencji oceniają dobrze.

Sale dla pacjentów Oddziału o wzmocnionym zabezpieczeniu zlokalizowano na parterze, I oraz II piętrze wolnostojącego budynku. Łącznie na potrzeby zakwaterowania przeznaczono i odpowiednio wyposażono 27 sal (w tym izolatka zakaźna). Sale są widne, utrzymane w czystości. Przeważają pokoje 2 osobowe.

W Oddziale dysponującym warunkami podstawowego zabezpieczenia stworzono łącznie 14 sal. Na parterze znajduje się 6 sal, pozostałe mieszczą się na I piętrze wolnostojącego budynku. Pokoje pacjentów są różnej wielkości (2 – 5 osobowe).

W ocenie wizytujących, wyposażenie większości sal opisywanego Oddziału należy wzbogacić o szafy umożliwiające przechowywanie odzieży pacjentów, która obecnie znajduje się w torbach pod łózkami.

Oddziały są monitorowane (ciągi komunikacyjne, sale pacjentów), lecz rejestrator obsługujący nagrania w Oddziale o podstawowym zabezpieczeniu umożliwia ich archiwizację jedynie przez okres 3 dni. Z informacji uzyskanych od dyrektora Szpitala wynika, że wymiana monitoringu przewidziana jest w ramach podniesienia standardów leczenia pacjentów z uzależnieniem od alkoholu, o którym była mowa w rozdziale 11 Raportu.

Na wypadek zaistnienia konieczności wykonania świadczeń medycznych dla pacjentów Szpitala poza jego terenem, Szpital dysponuje własną karetką przewozową.

Poza wyżywieniem oferowanym pacjentom przez Szpital, mają oni możliwość dokonywania zakupów poprzez złożenie na kartce zamówienia, którego realizacją zajmuje się pracownik socjalny. Dostarcza on zakupiony towar wraz z rachunkami fiskalnymi ze sklepu. Pacjenci ubezwłasnowolnieni dokonują zakupów dysponując swymi pieniędzmi na podstawie zgody opiekuna lub opiekun przysłała im paczki.

Stan sanitariatów należy ocenić jako dobry. W obu Oddziałach są one przystosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością.

Wśród nielicznych uwag krytycznych przekazanych wizytującym przez pacjentów w kwestii warunków bytowych znalazły się uwagi dotyczące zbyt małych porcji posiłków („posiłki są smaczne, ale są małe porcje”) oraz braku owoców do wydawanych posiłków.

### **13. Prawo do praktyk religijnych**

Na terenie Szpitala funkcjonuje kaplica, w której posługi religijne sprawowane są przez księdza kościoła rzymskokatolickiego. Z wyjść do kaplicy korzysta część

pacjentów z Oddziału o podstawowym zabezpieczeniu, którzy biorą udział w spacerach z opiekunami po terenie Szpitala. Posługi religijne, świadczone dla pacjentów z Oddziału o wzmocnionym zabezpieczeniu, odbywają się w środy na terenie Oddziału.

Pacjenci, z którymi rozmawiali przedstawiciele KMP, nie zgłaszali na ogół uwag odnośnie możliwości wykonywania praktyk religijnych.

#### **14. Zalecenia.**

Na podstawie art. 19 OPCAT, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji zalecają dyrektorowi Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr Emila Cyrana w Lublińcu:

1. zwiększenie zatrudnienia personelu w Oddziale dysponującym warunkami wzmocnionego zabezpieczenia, w celu osiągnięcia wskaźnika wymaganego przepisami prawa;
2. bezwzględne przestrzeganie warunków stosowania środka przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia, które określono w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. z 2012 r., poz. 740);
3. rezygnację z praktyki stosowania środków przymusu bezpośredniego „na życzenie” pacjenta;
4. wprowadzenie możliwości codziennych wyjść na świeże powietrze dla pacjentów przebywających w Oddziale dysponującym warunkami podstawowego zabezpieczenia;
5. odniesienie się do nieprawidłowości w dokumentowaniu przypadków unieruchomień pacjentów, opisanych w punkcie 5 Raportu;
6. wprowadzenie wzoru karty zleceń lekarskich zgodnego z przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697);

7. stworzenie pomieszczeń do odbywania widzeń z dziećmi poniżej 14 roku życia;
8. uzupełnienie danych teleadresowych dotyczących urzędu Rzecznika Praw Obywatelskich (punkt 9 Raportu)
9. modernizację monitoringu w Oddziale dysponującym warunkami podstawowego zabezpieczenia.