

Katowice, dnia 20.01.2014 r.

KMP.574.3.2014.MK1

Raport
przedstawicieli
Krajowego Mechanizmu Prewencji
z wizytacji Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
Szpitala Psychiatrycznego w Toszku.

1. Wprowadzenie

Na podstawie artykułu 19 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania*, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku w dniu 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192) [dalej: OPCAT] oraz działając z upoważnienia Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 26 i 27 sierpnia 2013 r. do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Psychiatrycznego w Toszku (dalej: szpital, placówka), mieszczącego się przy ul. Gliwickiej 5, udali się pracownicy Zespołu „Krajowy Mechanizm Prewencji” (dalej: KMP, Mechanizm): dr n. med. Joanna Żuchowska (specjalista chorób wewnętrznych), Przemysław Kazimirski i Michał Kleszcz (prawnicy), Magdalena Filipiak (prawnik, psycholog), Justyna Józwiak (politolog w zakresie resocjalizacji) oraz Małgorzata Molak (pedagog resocjalizacyjny). W wizytacji uczestniczył również Leszek Asman, lekarz psychiatra, którego uwagi zostały włączone w treść niniejszego Raportu.

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

karaniem.

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- przeprowadzono rozmowy z dr n. med. Anną Rusek, dyrektorem szpitala oraz personelem placówki;
- dokonano oglądu oddziałów, w których przebywają osoby internowane, w tym: pokoi pacjentów, gabinetów lekarskich, sanitariatów, świetlic/jadalni oraz pracowni terapii zajęciowej;
- przeprowadzono na osobności rozmowy indywidualne z wybranymi pacjentami;
- poddano analizie dokumentację dostępną na miejscu, w tym: książki raportów lekarskich, historie chorób i opinie psychiatryczne losowo wybranych pacjentów, księgę odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych, księgę główną przyjęć i wypisów.

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną i użyto dalmierza do pomiaru powierzchni wybranych pomieszczeń.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano:

- Regulamin Organizacyjny oraz Statut Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Psychiatrycznego w Toszku;
- regulaminy oddziałów: I, II, V, VI, IX, X;
- wykazy oraz plany szkolenia pracowników;
- sprawozdanie z wizytacji Szpitala Psychiatrycznego w Toszku przeprowadzonej przez sędziego penitencjarnego Sądu Okręgowego w Gliwicach w dniu 19 kwietnia 2013 r.;
- protokół kontroli przeprowadzonej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach w dniu 11 lipca 2013 r.

2. Ogólna charakterystyka placówki

W skład Szpitala wchodzi: 6 oddziałów psychiatrycznych ogólnych (o numerach: I, II, III, IV, IX, X), 3 oddziały psychiatryczne dla przewlekle chorych (XI, XIV, XV), 2 oddziały psychiatryczne sądowe (V, VI), oddział sądowo – odwykowy (VII), oddział internistyczny (VIII), oddział odwykowy detoksykacyjny (XII), oddział rehabilitacji odwykowej (XIII), oddział rehabilitacji psychiatrycznej (XVI), oddział psychiatryczny sądowy dla nieletnich o wzmocnionym zabezpieczeniu

(XVII). W obrębie placówki funkcjonuje również poradnia zdrowia psychicznego. Wizytacja pracowników KMP obejmowała oddziały V i VI, a także oddziały ogólnopsychiatryczne, na których w dniu wizytacji przebywały osoby internowane, tj. oddziały: I, II, IX i X .

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. *w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających* (Dz. U. z 2004 r. Nr 179, poz. 1854 ze zm.), szpital psychiatryczny w Toszku przeznaczony jest do wykonywania środków zabezpieczających w warunkach podstawowego (20 miejsc) i wzmocnionego zabezpieczenia (60 miejsc). Dla osób internowanych w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia przeznaczono oddziały V i VI, w których w dniach wizytacji przebywało po 29 internowanych mężczyzn. Natomiast osoby internowane w warunkach podstawowego zabezpieczenia przebywają na oddziałach psychiatrycznych ogólnych (oddziały IX i X – po jednej osobie internowanej, oddziały I i II – 5 i 6 internowanych).

3. Legalność pobytu

Według informacji uzyskanej od personelu placówki, pacjent najdłużej przebywający w Szpitalu został w nim umieszczony w 1994 r.

W 2012 r. zwolnionych z detencji zostało: z oddziałów o wzmocnionym zabezpieczeniu V i VI: 25 i 14 pacjentów, z oddziałów o podstawowym stopniu zabezpieczenia IX i II – odpowiednio 3 pacjentów i 1 pacjent. W 2013 r. do dnia wizytacji zwolnionych zostało odpowiednio: z oddziału V i VI – 9 i 7 pacjentów, a z każdego z oddziałów III, IX i X o podstawowym stopniu zabezpieczenia zwolniono po 1 pacjencie.

W *Sprawozdaniu z wizytacji Szpitala Psychiatrycznego w Toszku przeprowadzonej w ramach nadzoru penitencjarnego* w dniu 19 kwietnia 2013 r. przez sędziego penitencjarnego Sądu Okręgowego w Gliwicach nie zawarto uwag dotyczących uchybień w wykonywaniu środków zabezpieczających i obserwacji sądowo – psychiatrycznych, leżących po stronie personelu Szpitala. Wymienione

sprawozdanie zawiera natomiast uwagi dotyczące pojedynczych przypadków uchybień wynikłych z niewłaściwego wykonywania czynności przez sądy rejonowe¹ polegających na: nieprzesyłaniu szpitalowi postanowień o kontynuowaniu środka zabezpieczającego; braku określenia rodzaju zakładu psychiatrycznego w myśl art. 201 § 2 k.k.w. i poprzestaniu jedynie na nadesłaniu do Szpitala kopii opinii komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających, w której wskazano na zakład wzmocnionego zabezpieczenia; nieprawidłowym postępowaniu w przedmiocie ustalenia stanu zdrowia pacjenta w procesie orzekania o dalszym stosowaniu środka zabezpieczającego; zwróceniu się do szpitala o wyznaczeniu terminu przyjęcia podejrzanego; braku opinii sądowo - psychiatrycznej w dokumentacji przyjęcia do szpitala, o którą szpital musiał zwrócić się do sądu. Mając na uwadze powyższe, przedstawiciele KMP w odrębnym piśmie zwrócili się do Przewodniczącego VII Wydziału Penitencjarnego i Nadzoru nad Wykonywaniem Orzeczeń Karnych Sądu Okręgowego w Gliwicach z prośbą o udzielenie wyjaśnień w przedmiocie działań podjętych w związku ze stwierdzonymi uchybieniami.

Zastrzeżenia przedstawicieli KMP, jak również eksperta Mechanizmu, wzbudził fakt wieloletniej detencji pacjenta (oddział). Z przeanalizowanej dokumentacji dotyczącej wymienionej osoby, a w szczególności opinii sądowo – psychiatrycznych, przekazywanych zgodnie z art. 203 § 1 k.k.w. nie rzadziej niż co 6 miesięcy przez kierownika zakładu zamkniętego, wynika fakt powielania tych opinii oraz stwierdzenie braku przekonujących argumentów przemawiających za dalszym stosowaniem środka zabezpieczającego. Mając na uwadze, iż wymienione opinie powinny być sporządzane adekwatnie do stanu zdrowia pacjenta, pracownicy KMP zwracają się do dyrektora Szpitala Psychiatrycznego w Toszku z prośbą o udzielenie informacji na temat aktualnego stanu zdrowia wymienionej osoby oraz dokonanie oceny możliwości zakończenia stosowania środka zabezpieczającego.

¹ Nieprawidłowości stwierdzono w działaniach Sądów Rejonowych w : Bielsku – Białej, Częstochowie, Kluczborku, Bochni, Radomiu i Będzinie.

4. Personel

Na oddziale V zatrudnionych jest 3 lekarzy (w ramach 2,25 etatu), 2 psychologów (2 etaty), 1 terapeuta zajęciowy (pełny etat), 8 pielęgniarek (7,25 etatu), pracownik socjalny (1/2 etatu) oraz 2 pracowników ochrony. Na oddziale VI zatrudnionych jest 3 lekarzy (2,5 etatu), 3 psychologów (3 etaty), 7 pielęgniarek (6,5 etatu), pracownik socjalny (1/2 etatu) oraz 4 pracowników ochrony.

Liczba zatrudnionych lekarzy (w tym poziom ich kwalifikacji) na obydwu oddziałach nie wzbudziła zastrzeżeń eksperta KMP, podobnie jak liczba zatrudnionych psychologów oraz pielęgniarek. Do godziny 14:35 do dyspozycji pacjentów pozostają przynajmniej 2 pielęgniarki, po tym czasie pacjentami opiekuje się przynajmniej 1 pielęgniarka, a w razie doraźnej konieczności liczba ta może zostać w każdej chwili okresowo zwiększona poprzez skierowanie do pracy na tych oddziałach pielęgniarek z innych oddziałów.

Liczbę zatrudnionego personelu psychologicznego oraz poziom jego doświadczenia ekspert KMP uznał za wystarczające, a w niektórych przypadkach za bardzo wysokie (jeden z psychologów oddziału V jest certyfikowanym specjalistą terapii odwykowej, a drugi trenerem umiejętności społecznych).

Podczas cotygodniowych zebrań personelu oddziałów (lekarze, pielęgniarki, terapeuci, psychologowie) omawiane są bieżące sprawy i problemy związane z funkcjonowaniem poszczególnych oddziałów.

Na oddziałach prowadzone są szkolenia wewnętrzne. Część personelu bierze udział również w szkoleniach ogólnoszpitalnych. Na podkreślenie zasługuje fakt, iż wszyscy pracownicy oddziałów, (w tym pracownicy ochrony), posiadają certyfikat szkolenia dotyczącego stosowania przymusu bezpośredniego (podstawy prawne, zasady stosowania teoretyczne i praktyczne – jak wynika z zapisów certyfikatu i wyjaśnień personelu). Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji, po dokonanej analizie wykazów oraz planów szkoleń, zalecają poszerzenie ich oferty o szkolenia dla kadry placówki z zakresu praw pacjenta oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

Według informacji uzyskanych od dyrektora, od początku 2012 r. do dnia 26 sierpnia 2013 r. nie były prowadzone w stosunku do pracowników szpitala postępowania dyscyplinarne ani sądowe, związane z naruszeniem praw pacjentów.

5. Traktowanie

W trakcie przeprowadzonych z pacjentami rozmów indywidualnych odnotowano głosy krytyczne, dotyczące pracy personelu. Rozmówcy przekazali przedstawicielom KMP, że „personel potrafi dokuczać pacjentom” oraz „wyśmiewać się z bardziej chorych pacjentów” (oddział VI). Wskazano również, iż personel zwraca się do pacjentów wyłącznie z użyciem nazwiska (oddział II), bez stosowania formy grzecznościowej „Pan” lub „Pani”. Ponieważ żaden z mieszkańców nie wskazał, którzy z pracowników szpitala dopuszczają się wymienionych niewłaściwych zachowań, przedstawiciele KMP zwracają uwagę dyrektora Szpitala na konieczność pouczenia personelu, aby każdorazowo stosował wobec pacjentów formę grzecznościową.

Dyrektor placówki poinformowała wizytujących, iż w okresie od 1 stycznia 2012 r. do dnia wizytacji miało miejsce 1 zdarzenie nadzwyczajne w postaci samobójstwa pacjenta. Przeprowadzone w sprawie postępowanie prokuratorskie nie doprowadziło do stwierdzenia nieprawidłowości w pracy personelu w związku z zaistniałą sytuacją.

Pacjenci internowani przebywają na oddziałach ogólnopsychiatrycznych wspólnie z pozostałymi pacjentami szpitala. Na oddziałach V i VI pacjenci mogą poruszać się po terenie oddziałów oraz uczestniczyć w spacerach na polu spacerowym. Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w Toszku poinformowała wizytujących, iż po jej interwencji, zaprzestano stosowania występującej wcześniej praktyki polegającej na wyprowadzaniu pacjentów internowanych do sklepu w kajdankach. Obecna praktyka została ukształtowana w ten sposób, że na oddziale V i VI towary oferowane są pacjentom na oddziałach, w formie obwoźnego sklepu.

W 2012 r. w oddziałach V i VI przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia stosowano odpowiednio 4 i 39 razy, natomiast w roku 2013 do dnia wizytacji był on stosowany odpowiednio 4 i 18 razy. W stosunku do wszystkich pacjentów oddziałów: I, II, IX i X w roku 2012 wymieniony przymus był stosowany kolejno: 191, 234, 152 i 93 razy, natomiast w roku 2013 do dnia wizytacji: 177, 121, 97 i 69 razy. Znajomość zasad stosowania przymusu bezpośredniego (zgodnie z obowiązującymi przepisami) wśród osób z personelu oddziałów, zdaniem eksperta KMP, nie budzi wątpliwości.

W realizacji przymusu bezpośredniego udział biorą również inne osoby stanowiące służbę ochrony, które także zostały objęte szkoleniem dotyczącym teoretycznych i praktycznych aspektów jego stosowania.

Przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia stosowany jest w salach chorych. Zgodnie z oświadczeniem sporządzonym w formie pisemnej przez Zastępcę Dyrektora Szpitala do spraw Ekonomiczno – Eksploatacyjnych, w połowie sierpnia 2013 r., z powodu nieprzerwanej pracy od ok. 5 lat, uległy uszkodzeniu dyski twarde, na których zapisywany jest obraz z kamer telewizji przemysłowej, w związku z czym w dniach wizytacji możliwy był jedynie podgląd obrazu, natomiast nie było możliwe odtworzenie nagrań.

Podczas rozmów indywidualnych odnotowano głosy świadczące o tym, że w trakcie stosowania przymusu w postaci unieruchomienia nie zapewnia się pacjentom należytej intymności poprzez zasłonięcie łóżka parawanem. Ponieważ wymóg zagwarantowania poszanowania godności i intymności w trakcie stosowania środków przymusu oraz konieczność oddzielenia pacjenta, wobec którego stosuje się przymus, ustanowiony został przez § 7 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. z 2012 r., poz. 740), przedstawiciele KMP zalecają każdorazowe stosowanie parawanu w przypadku zastosowania unieruchomienia.

Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego w analizowanych przypadkach nie wzbudziła wątpliwości przedstawicieli KMP ani eksperta Mechanizmu. Podczas przeprowadzania czynności sprawdzających stwierdzono natomiast, iż na niektórych kartach zastosowania unieruchomienia lub izolacji (załącznik nr 5 do wymienionego akapit wyżej rozporządzenia) brakowało wpisów dotyczących osób wykonujących przymus oraz czytelnych podpisów osób: zlecających unieruchomienie, osób zlecających zakończenie unieruchomienia oraz osób wykonujących unieruchomienie. Mając to na uwadze, przedstawiciele Mechanizmu zalecają prowadzenie dokumentacji w sposób zgodny z wymogami zawartymi w rozporządzeniu.

6. Dyscyplinowanie

Według informacji uzyskanych od personelu, w Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku pacjenci nie są karani. Również w trakcie przeprowadzonych rozmów indywidualnych nie odnotowano uwag w tym zakresie.

7. Prawo do ochrony zdrowia

Spotkania pacjentów z lekarzami odbywają się w sposób planowy (wizyty lekarskie, indywidualne okresowe badania), a także z inicjatywy pacjentów lub w sytuacjach szczególnych (przykładowo: pogorszenie stanu psychicznego, wystąpienie choroby somatycznej). W przypadku wymienionych sytuacji nagłych, które wystąpiły poza godzinami pracy personelu lekarskiego, istnieje możliwość zbadania pacjenta przez lekarza dyżurnego (dyżury szpitalne prowadzone są przez 5 lekarzy dyżurnych: lekarza obsługującego izbę przyjęć, lekarza obsługującego pacjentów szpitala w razie wystąpienia konieczności ich zbadania w ciągu całej doby, lekarza dyżurnego oddziału chorób wewnętrznych, lekarza dyżurującego na oddziale dziecięco – młodzieżowym oraz lekarza dyżurnego oddziału rehabilitacyjnego). Liczba dyżurujących lekarzy, w porównaniu do innych ośrodków psychiatrycznych o podobnej strukturze i wielkości, jest zdaniem eksperta KMP wysoka i stwarza dobre zabezpieczenie pacjentów szpitala w zakresie opieki lekarskiej.

Szpital posiada bogate zaplecze diagnostyczne (diagnozowanie chorób somatycznych) – między innymi pracownię radiodiagnostyczną, możliwość wykonania endoskopii, kolonoskopii, badania USG. W razie konieczności uzyskania opinii lekarza specjalisty, który nie jest zatrudniony przez placówkę, istnieje możliwość skonsultowania pacjenta w innych jednostkach służby zdrowia. Szpital dysponuje własnym transportem sanitarnym, co bardzo ułatwia przewóz pacjentów na konsultacje.

Wszyscy pacjenci mają w pierwszych dniach hospitalizacji wykonywane zdjęcie rtg. klatki piersiowej. Badanie to jest powtarzane co 2 lata.

W razie konieczności, pacjenci są hospitalizowani na oddziale internistycznym lub na oddziałach szpitalnych poza placówką.

Stomatolog, zatrudniony w wymiarze 0,25 etatu, konsultuje pacjentów z wszystkich oddziałów. Pilne zabiegi są wykonywane w miejskiej przychodni. Koszty

terapii pokrywa szpital.

Dokumentacja medyczna (historie choroby) prowadzona jest w wersji papierowej. Wpisy do dokumentacji pracowników medycznych (lekarzy, psychologów, terapeutów zajęciowych, pielęgniarek) są dokonywane na bieżąco. Z dostrzeżonych przez eksperta KMP nieprawidłowości w prowadzeniu wymienionej dokumentacji wskazania wymagają: nieczytelność lub mała czytelność niektórych wpisów do dokumentacji (zwłaszcza w przypadku wpisów dokonywanych przez część lekarzy); brak dokładnej identyfikacji opisywanego pacjenta (zapisy dotyczące jedynie jego nazwiska) w części zapisów w książkach raportów pielęgniarskich; brak podawania formy zalecanych leków oraz sposobu ich podawania na kartach zleceń.

8. Prawo do informacji

Po przybyciu pacjenta do oddziału zostaje on zapoznany z jego topografią. Personel przedstawia pacjentowi najważniejsze punkty regulaminu oddziału i regulaminu społeczności terapeutycznej oraz informacje na temat praw pacjenta, a także o możliwości zapoznania się z całością tych dokumentów indywidualnie. Personel informuje pacjenta również o możliwości zapoznania się z Regulaminem Organizacyjnym szpitala oraz o istnieniu skrzynek na uwagi i wnioski pacjentów, do których może wrzucać w formie pisemnej swoje uwagi.

Na umieszczonych na ścianach oddziałów tablicach informacyjnych wywieszono regulaminy oddziałów oraz Kartę Praw Pacjenta (lub, w zależności od oddziału, informację, że są one dostępne w portierni), a także adres Rzecznika Praw Pacjenta (wraz z bezpłatną infolinią). Ponieważ w związku z tym, że prawa pacjenta regulowane są obecnie w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz. U. z 2012 poz. 159 ze zm.), pracownicy Mechanizmu zalecają usunięcie z tablic informacyjnych Karty Praw Pacjenta oraz wywieszenie na nich wymienionej ustawy. Zasadnym jest również wywieszenie adresów innych instytucji stojących na straży praw człowieka, np.: Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii – 800 676 676), sędziego penitencjarnego i sędziego rodzinnego, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.

9. Prawo do skargi

W Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku zatrudniony jest Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego – funkcję tę pełni pani Wioletta Maciejewska – Kisiel. W rozmowie z przedstawicielką KMP poinformowała ona o tematyce skarg, z jakimi zwracają się do niej pacjenci (kwestie związane z paleniem papierosów, dostępem do telefonów komórkowych, traktowaniem przez personel, warunkami socjalno - bytowymi). Przekazała również informacje o podejmowanych przez siebie interwencjach, między innymi w sprawie wykonywania przez mieszkańców prac porządkowych i gospodarczych, wyprowadzaniu pacjentów do sklepu w kajdankach, które zakończyły się zmianą stosowanych praktyk.

Pacjenci mogą składać skargi do dyrektora placówki – godziny jego przyjęć zostały umieszczone na tablicach informacyjnych znajdujących się na ścianach korytarzy wizytowanych oddziałów. Na tablicach, w foliowych koszulkach, umieszczono również zeszyty skarg i wniosków. W trakcie rozmów indywidualnych ustalono, że osoby internowane posiadają wiedzę dotyczącą procedury składania skarg.

Ponieważ skargi składane przez pacjentów w formie ustnej nie są rejestrowane, przedstawiciele Mechanizmu zalecają zmianę tej praktyki i każdorazowe odnotowywanie przypadków złożenia skarg zgłaszanych w wymienionej formie.

10. Prawo do kontaktu ze światem zewnętrznym

Według informacji uzyskanych od personelu szpitala, pacjenci internowani mają zapewniony kontakt ze światem zewnętrznym poprzez prowadzenie korespondencji, rozmów telefonicznych (aparaty telefoniczne na korytarzach) oraz poprzez odwiedziny. W placówce obowiązuje zakaz posiadania aparatów telefonicznych wyposażonych w funkcje wykonywania zdjęć oraz nagrywania dźwięku i obrazu. Mając na uwadze, iż większość oferowanych obecnie na rynku telefonów komórkowych wyposażonych jest w te funkcje, pacjenci nie mają możliwości korzystania z nich. Dodatkowym ograniczeniem jest zakaz korzystania z ładowarek przewodowych, w związku z czym pacjenci proszą członków swoich rodzin o ładowanie telefonów. Przedstawiciele KMP zalecają zmianę opisanych praktyk i umożliwienie pacjentom

swobodnego korzystania z telefonów komórkowych. Jako jedną z metod pozwalającą na bezpieczne korzystanie z telefonów wyposażonych w funkcję nagrywania jest zastosowanie naklejek typu VOID, których umieszczenie na obiektywie telefonu komórkowego uniemożliwi wykonanie zdjęcia lub filmu. Jakakolwiek próba zdarcia naklejki będzie zaś łatwo dostrzegalna przez personel, mogący dokonywać okresowych kontroli stanu zastosowanych zabezpieczeń.

Pacjenci internowani, umieszczeni na oddziałach ogólnopsychiatrycznych, mogą uczestniczyć w spacerach po terenie szpitala wyłącznie w towarzystwie terapeutów. Mając na uwadze nieobecność terapeutów w soboty, niedziele oraz dni świąteczne, przedstawiciele KMP zalecają wypracowanie rozwiązania umożliwiającego odbywanie spacerów przez te osoby po terenie szpitala również w wymienione dni.

Według informacji przekazanych przez personel szpitala, w odwiedzinach pacjentów mogą brać udział również dzieci. Wizytujący zwrócili jednak uwagę na pkt. 2 Regulaminu dla odwiedzających o brzmieniu: *Ze względu na bezpieczeństwo odwiedzających zalecamy, aby pacjentów nie odwiedzały dzieci do lat 7.* Ponieważ ograniczenie kręgu osób odwiedzających nie znajduje odzwierciedlenia w obowiązujących przepisach prawa, a wskazany przepis może sugerować istnienie zakazu w omawianej materii, zaleca się jego usunięcie z przytoczonej regulacji wewnętrznej.

Odwiedziny odbywają się w przeznaczonych do tego celu pomieszczeniach. Wyjątek stanowi oddział V, gdzie spotkania z bliskimi odbywają się na korytarzu. Przedstawiciele KMP zwracają uwagę na konieczność zmiany miejsca odwiedzin. Zalecenie to jest dodatkowo uzasadnione tym, że odpowiednie pomieszczenie wyodrębnione zostało w suterenie budynku oddziału V.

Odrębnym zagadnieniem jest kwestia nieudzielania przepustek osobom internowanym. Jest to problem systemowy, wynikający z braku odpowiednich unormowań prawnych. Europejski Komitet Zapobiegania Torturom w § 54 Ósmego Sprawozdania Ogólnego stwierdził, że dla pacjentów szpitali niezbędne jest utrzymywanie kontaktu ze światem zewnętrznym, nie tylko w celu zapobiegania złemu traktowaniu, ale także z terapeutycznego punktu widzenia [CPT/Inf (98) 12]. Brak przepustek może utrudniać lub też wprost uniemożliwiać prawidłowe przeprowadzenie

postępowania diagnostyczno – terapeutycznego u pacjentów internowanych. Niemożność udzielenia przepustki pacjentowi w przypadkach ważnych dla niego zdarzeń i okoliczności życiowych (np. śmierć bliskiej osoby, ślub itp.), narusza zasady prowadzonego postępowania terapeutycznego, naraża go na pogorszenia stanu psychicznego i nie sprzyja prowadzonej terapii. Dodatkowo istnieje potrzeba udzielenia pacjentowi przepustki przed ostatecznym zakończeniem hospitalizacji (trwającej niekiedy bardzo długo) i wypisaniem go ze szpitala. Związane jest to z koniecznością oceny jego poziomu funkcjonowania psychospołecznego w środowisku, w którym będzie przebywał po opuszczeniu szpitala. Brak takiej możliwości narusza podstawowe zasady funkcjonowania psychiatrii środowiskowej, jako optymalnej formy leczenia psychiatrycznego (przynoszącej największe korzyści terapeutyczno – rehabilitacyjne). Natomiast w przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych natury somatycznej u hospitalizowanych pacjentów, wiążących się z koniecznością przeprowadzenia diagnostyki lub leczenia w placówkach medycznych poza szpitalem (np. konieczność hospitalizacji na oddziale chorób wewnętrznych celem diagnostyki i leczenia zaburzeń kardiologicznych), umożliwienie pacjentom opuszczenia placówek naraża osoby odpowiedzialne (ordynatorów oddziałów, dyrekcję szpitala) na ewentualną odpowiedzialność natury prawnej (ze strony wymiaru sprawiedliwości), a w przypadku uniemożliwienia opuszczenia szpitali - na odpowiedzialność zawodową i roszczenia cywilne ze strony pacjentów lub też osób występujących w ich imieniu. Rzecznik Praw Obywatelskich dostrzegając ten problem, zwróciła się w dniu 6 marca 2013 r. do Ministra Sprawiedliwości o rozważenie podjęcia działań legislacyjnych w tej mierze². W odpowiedzi z dnia 17 maja 2013 r. Minister Sprawiedliwości podzielił pogląd Rzecznika o potrzebie wprowadzenia stosownych rozwiązań prawnych w akcie prawnym rangi ustawowej, a także poinformował, że kwestia ta zostanie prawdopodobnie uregulowana w ramach planowanej szerszej nowelizacji Kodeksu karnego wykonawczego, poprzedzonej konsultacjami ze środowiskiem psychiatrycznym.

² RPO-726171-V-13/GH.

11. Oddziaływania terapeutyczne.

Możliwości terapeutyczne oddziałów w zakresie leczenia farmakologicznego można określić ogólnie jako dobre. Szpital oferuje szeroki zakres farmakoterapii, w tym leków psychotropowych nowszych generacji (leków antypsychotycznych, leków tymoleptycznych, stabilizatorów nastroju). Dostęp do leków służących do leczenia chorób somatycznych również nie budzi zastrzeżeń. Leki zlecane przez lekarzy psychiatrów lub też przez lekarzy innych specjalności są dostępne po ich zamówieniu w aptecce szpitalnej.

Szpital dysponuje szpitalną listą leków, które zakupywane są przez aptekę szpitalną (po uprzedniej procedurze przetargowej). W przypadku konieczności zastosowania leku, który nie znajduje się na liście, istnieje możliwość jego zakupu z pominięciem postępowania przetargowego, po uprzednim wyrażeniu zgody przez Zastępcę Dyrektora do spraw Lecznictwa.

Rodzaje zajęć, w których uczestniczą pacjenci w ramach arteterapii, zostały pozytywnie ocenione przez eksperta KMP. Ekspert zwrócił jednak uwagę na ograniczoną dostępność wymienionej terapii, ponieważ w godzinach popołudniowych pacjenci są praktycznie jej pozbawieni. Nie sprzyja to procesowi ich rehabilitacji i może prowadzić do przewlekłości zaburzeń, a tym samym wydłużania okresu leczenia szpitalnego (detencji).

Dla wybranej grupy pacjentów prowadzone są również zajęcia będące elementem terapii odwykowej (dotyczy głównie uzależnienia od alkoholu). Praktyka ta jest bardzo korzystna dla całości terapii, ponieważ, jak wiadomo z literatury i praktyki (co podkreślał także personel oddziału), liczba pacjentów szpitali psychiatrycznych, u których postawiono tzw. podwójną diagnozę (psychoza plus uzależnienie) jest stosunkowo wysoka.

Zdaniem eksperta KMP, mimo generalnie szerokiego zakresu oferty terapeutycznej z zakresu pomocy psychologicznej, wskazane jest zwiększenie liczby oraz czasu zajęć grupowych w zakresie oddziaływań psychoterapeutyczno – psychoedukacyjnych.

Uwagi eksperta KMP wzbudził sposób przeprowadzania tzw. terapii (ekonomii) żetonowej na oddziale VI. Jest to forma psychoterapii, polegająca na stosowaniu

wzmocnień w postaci przyznawania pacjentowi za określone zachowania punktów, które może on potem wymienić na określone nagrody. Zastrzeżenia w omawianym zakresie podnosiła także Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Dla dokładnego przedstawienia wymienionej kwestii konieczne jest przytoczenie fragmentu ekspertyzy, sporządzonej przez eksperta KMP.

„Ekonomia żetonowa może być skuteczną formą terapii wtedy, gdy spełnia kilka bardzo ważnych warunków³: pacjenci sami obierają swoje cele (wzmacnianie wewnętrzne), wzmocnienia pozytywne są zróżnicowane (nagroda nie staje się powszechna), może być odnoszona do zdarzeń z życia codziennego (np. porównanie do zapłaty w pracy), pomaga pacjentom w osiąganiu ważnych dla nich założeń. Ponadto istotnym jest, by jedyną konsekwencją wynikającą z niewykonania zadania był brak nagrody, a nie kara w postaci wykonywania dodatkowych zadań - np. sprzątanie czy pozbawianie praw i przywilejów.

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania należałoby stwierdzić, iż niewłaściwym jest (w oddziale VI) podawanie do wiadomości (umieszczanie na tablicy) wykazu pacjentów z tzw. „czarnej listy” (takowej nie było podczas przeprowadzanej wizytacji⁴), przydzielanie pacjentom zadań związanych z czynnościami porządkowymi w ramach tzw. ujemnych punktów (zawsze może budzić to uzasadnione podejrzenie, iż pacjenci wykonują je zamiast personelu, do którego obowiązków należy ich realizacja) i w ogóle zlecanie dodatkowych zadań w ramach ujemnego punktowania pacjentów związanego z ich behawioryzmem (zachowaniem). Sama natomiast idea stosowania terapii żetonowej, która jest jedną z form terapii behawioralnej, nie budzi wątpliwości”.

Odnotowania wymaga również to, że część pacjentów, umieszczonych na oddziale VI, z którymi przeprowadzono rozmowy indywidualne, zgłosiła, iż czuje się dyskryminowana w stosunku do pacjentów oddziału V ze względu na rygorystyczne podejście personelu, przejawiające się między innymi w stosowaniu terapii żetonowej.

³ Doll C., McLaughlin T.F., Barretto A. (2013), The Token economy: A recent revive and evaluation, *International Journal of Basic Applied Science*, str. 2, 1, 131-149;

⁴ Informację o „czarnej liście” wizytujący uzyskali w trakcie rozmów indywidualnych z pacjentami oraz w trakcie rozmowy z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

12. Warunki bytowe

Stan mebli stanowiących wyposażenie sal chorych oddziału V i VI, należy określić jako zróżnicowany. Zastrzeżenia pracowników Mechanizmu wzbudziło to, że znaczna część szafek przy łóżkach pacjentów nosiła ślady zniszczenia. Podkreślenia wymaga także, że pacjenci zwracali uwagę wizytujących, iż ze względu na niewielkie rozmiary wymienionych szafek nie mają gdzie trzymać swoich rzeczy osobistych. W części sal na oddziale VI niektórzy pacjenci przechowywali swoje rzeczy pod łózkami, w kartonowych pudłach. W niektórych salach wizytujący zwrócili uwagę także na zły stan materaców, poduszek i koców. Przedstawiciele KMP zalecają systematyczną, adekwatną w stosunku do postępującego procesu zniszczenia, wymianę wyposażenia z uwzględnieniem konieczności zapewnienia pacjentom umeblowania umożliwiającego przechowywanie wszystkich posiadanych rzeczy osobistych.

W trakcie przeprowadzonych rozmów odnotowano także, że z powodu braku możliwości zamykania szafek na klucz niektórzy pacjenci odczuwają obawę przed tym, iż ich rzeczy osobiste mogą zostać skradzione.

Analogiczne do przedstawionych wyżej ustaleń dokonanych przez wizytujących po oglądzie sal chorych w oddziałach V i VI zostały poczynione w wyniku lustracji sal w oddziałach ogólnopsychiatrycznych. Należy jednak podkreślić, iż dobre wrażenie wywarł na wizytujących stan techniczny mebli (łóżka i szafki), stanowiących wyposażenie oddziału nr X. Z informacji przekazanych wizytującym przez ordynator tego oddziału wynika, że ten stan rzeczy powstał dzięki znalezieniu przez nią sponsorów, którzy służyli pomocą w procesie nabycia wymienionego wyposażenia.

W niektórych salach chorych (sale nr: 1 i 5 na oddziale V, nr 5 na oddziale VI) stwierdzono również, iż wbrew temu, co nakazują przepisy § 18 i 19 *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz. U. z 2012 r., poz. 739), łóżka pacjentów nie były dostępne z trzech stron, dlatego też przedstawiciele KMP zalecają podjęcie działań mających na celu dostosowanie sal do wymogów ustanowionych przez wymieniony przepis.

Odzież wierzchnia pacjentów przechowywana jest w zamykanych na klucz przez pacjentów szafach ubraniowych, znajdujących się na korytarzach oddziałów.

Przedstawiciele KMP zwrócili uwagę na fakt braku przystosowania w wizytowanych oddziałach sal do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową. Mając to na uwadze, zaleca się wyposażenie przynajmniej jednej sali na każdym z oddziałów w urządzenia przeznaczone dla wymienionej kategorii pacjentów. Należy wskazać, że zgodnie z przyjętą w dniu 1 sierpnia 1997 r. przez Sejm RP Kartą Praw Osób Niepełnosprawnych (M. P. z 1997 r. Nr 50, poz. 475) osoby niepełnosprawne mają prawo życia w środowisku wolnym od barier funkcjonalnych. Ponadto w dniu 6 września 2012 r. Polska ratyfikowała przyjętą w dniu 13 grudnia 2006 r. przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169) zobowiązującą do umożliwienia osobom niepełnosprawnym niezależnego życia i pełnego udziału we wszystkich jego sferach. Wobec powyższego wszelkie instytucje państwowe, winny podejmować działania ukierunkowane na urzeczywistnienie praw osób z niepełnosprawnością.

Szpital zapewnia pacjentom 3 posiłki dziennie, które spożywane są w pomieszczeniach pełniących funkcję sali terapii i jadalni. Pacjenci mniej sprawni fizycznie mają możliwość spożycia posiłku w sali chorych. W trakcie przeprowadzonych rozmów część pacjentów poinformowała, że jedzenie, które otrzymują, nie zawsze jest smaczne, a otrzymywane porcje są zbyt małe. Zastrzeżenia eksperta KMP wzbudziły natomiast godziny wydawania obiadu i kolacji w szpitalu (odpowiednio godzina 12:00 i godzina 17:00). Biorąc pod uwagę zasady diety oraz ogólne zwyczaje społeczne należy wskazać, iż obiad powinien być spożywany około godziny 13:00 – 14:00. Zbyt wczesne natomiast podawanie ostatniego posiłku (kolacji) może powodować u pacjentów głód w późniejszych godzinach wieczornych, a tym samym zmuszać do spożywania różnego rodzaju przekąsek, słodczy itp., co sprzyja powstawaniu u nich nadmiernej wagi ciała. Biorąc to pod uwagę, pracownicy Mechanizmu zalecają zmianę godzin wydawania wymienionych posiłków na późniejsze.

Z informacji uzyskanych od personelu szpitala wynika, że jeżeli pacjent poczuje głód w okresie między posiłkami, ma on możliwość otrzymania produktów żywnościowych w jadalni. W trakcie przeprowadzonych z pacjentami rozmów indywidualnych odnotowano jednak, że w szpitalu nie ma takiej możliwości. Mając na

uwadze powyższe, przedstawiciele KMP zwracają się do dyrektora Szpitala z prośbą o wyjaśnienie opisanej sytuacji.

Funkcjonujący w szpitalu system monitoringu obejmuje korytarze, sale obserwacyjne oraz główne wejścia na oddział. Wizytujący negatywnie ocenili umieszczenie kamer telewizji przemysłowej nad kabinami prysznicowymi w sanitariacie w oddziale V. Chociaż z wyjaśnień personelu wynika, iż obraz z kamer obejmuje tylko przestrzeń do wysokości głowy osoby kąpiącej się, niemniej ten stan rzeczy narusza prawo do intymności pacjentów, w związku z czym przedstawiciele KMP zalecają usunięcie kamer.

W trakcie oglądu sanitariatów, zastrzeżenia wizytujących wzbudził fakt braku kotar w kabinach prysznicowych na oddziale VI, dlatego też zaleca się ich zamontowanie.

Szpital zapewnia pacjentom pranie wszystkich części posiadanej garderoby. Oprócz tego pacjenci mogą prać odzież samodzielnie w pralkach.

Na terenie każdego z pól spacerowych umieszczono ławki, dodatkowo na terenie pola spacerowego przeznaczonego dla oddziałów V i VI wydzielono boisko do siatkówki. Pacjenci korzystający ze spaceru mają możliwość schronienia się pod dachem w razie opadów atmosferycznych.

13. Prawo do praktyk religijnych

Na terenie szpitala jest kaplica. Kapelan zatrudniony w ramach 0,25 etatu poza odprawianiem nabożeństw odwiedza pacjentów na oddziałach. W dniach wizytacji w szpitalu nie przebywały osoby innych wyznań niż wyznanie rzymskokatolickie.

W trakcie przeprowadzonych rozmów odnotowano głosy świadczące o tym, że msze święte odbywają się nieregularnie. Jeden z pacjentów poinformował, iż odbywają się one w przybliżeniu raz w miesiącu. Zważywszy, że informacja ta stoi w sprzeczności z informacją przedstawioną przez dyrektor szpitala, zgodnie z którą msze odbywają się raz w tygodniu oraz w święta rzymskokatolickie, przedstawiciele Mechanizmu zwracają się z prośbą do dyrektora o dokładne wskazanie częstotliwości odprawiania mszy świętych, a także o przekazanie tej informacji pacjentom.

14. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji zalecają:

1. Dyrektorowi Szpitala Psychiatrycznego w Toszku

- 1.1** Zwiększenie liczby zajęć z zakresu psychoterapii grupowej i psychoedukacji na oddziale V i VI;
- 1.2** modyfikację sposobu prowadzenia terapii behawioralnej (żetonowej) na oddziale VI poprzez zaniechanie podawania do publicznej wiadomości wykazu pacjentów na tzw. czarnej liście oraz oparcie wzmacniania negatywnego na likwidacji szczególnych przywilejów, a nie nakładaniu na pacjentów dodatkowych obowiązków, zwłaszcza porządkowych;
- 1.3** zwiększenie czasowej dostępności oferty z zakresu terapii zajęciowej na oddziałach V i VI także w godzinach popołudniowych;
- 1.4** usunięcie monitoringu z sanitariatów w oddziale VI;
- 1.5** dostosowanie przynajmniej jednej z sal chorych do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową;
- 1.7** używanie parawanu podczas stosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia;
- 1.8** zmianę godzin wydawania obiadów i kolacji na późniejsze;
- 1.9** prawidłowe dokumentowanie zastosowania środków przymusu bezpośredniego na Kartach zastosowania unieruchomienia lub izolacji;
- 1.10** prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* (Dz. U. z 2010 r., Nr 252, poz. 1697, ze zm.) w zakresie uwag wskazanych w pkt. 5 i 7 Raportu;
- 1.11** usunięcie z tablic informacyjnych Karty Praw Pacjenta oraz wywieszenie na nich ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz. U. z 2012 poz. 159 ze zm.);

1.12 wywieszenie na tablicach informacyjnych adresów instytucji (poza adresem Rzecznika Praw Pacjenta), do których pacjenci mogą zwrócić się w sytuacji naruszenia swoich praw, np.: Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii – 800 676 676), sędziego penitencjarnego i sędziego rodzinnego, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.