

Warszawa, dnia 9 stycznia 2014 r.

KMP.574.5.2014.JJ

**Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji
z wizytacji w Szpitalu Psychiatrycznym w Węgorzewie
(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 z upoważnienia Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniu 9 października 2013 r. do Szpitala Psychiatrycznego w Węgorzewie (zwanego dalej: szpitalem, placówką) udali się pracownicy Zespołu „Krajowy Mechanizm Prewencji” (zwanego dalej KMP lub Mechanizmem): Karolina Goral (pedagog resocjalizacyjny), Dorota Krzysztóń (kryminolog), Magdalena Filipiak (prawnik, psycholog) oraz Justyna Józwiak (politolog w zakresie resocjalizacji). W wizytacji wzięła również udział ekspert KMP – Agnieszka Szaniawska-Bartnicka (lekarz psychiatra). 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:

- wysłuchano informacji na temat funkcjonowania placówki przedstawionych przez Tadeusza Ciborskiego – dyrektora szpitala;
- przeprowadzono rozmowy z wybranymi pracownikami placówki;
- przeprowadzono rozmowy indywidualne z wybranymi pacjentami;
- dokonano oglądu oddziału żeńskiego (III) oraz oddziałów męskich (I,II) w tym: pokoi pacjentów, sanitariatów, jadalni, a także sal do terapii zajęciowej i rehabilitacji psychiatrycznej;
- poddano analizie dokumentację dostępną na miejscu m.in. zeszyty skarg i uwag, książki raportów pielęgniarских, historie chorób i opinie psychiatryczne pacjentów internowanych, akta sądowe internowanych, korespondencję Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w Węgorzewie z dyrektorem Szpitala.

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną.

Dyrektor Szpitala nie mógł być obecny na rozmowie podsumowującej z uwagi na inne obowiązki służbowe. W związku z tym, ustalenia dokonane w ramach powyższych czynności pracownicy Krajowego Mechanizmu Prewencji przekazali pracownikowi Szpitala wyznaczonemu przez dyrektora placówki i wysłuchali jej uwag i wyjaśnień.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano m.in.: statut Szpitala Psychiatrycznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie, Regulamin odwiedzin pacjentów w Szpitalu Psychiatrycznym w Węgorzewie, Procedurę dotyczącą przyjęcia pacjenta (PP-7.5-01), Procedurę dotyczącą nieuprawnionego oddalenia się pacjenta z oddziału oraz samodzielnego przedłużenia czasu przepustki przez pacjenta (KS-7.5-02), sprawozdanie z wizytacji przeprowadzonej w dniu 14 lutego 2013 r. przez sędziego Sądu Rejonowego w Giżycku, sprawozdanie z wizytacji przeprowadzonej w dniu 18 kwietnia 2012 r. przez sędziego penitencjarnego Sądu Okręgowego w Olsztynie, protokół kontroli z dnia 10 lipca 2013 r. przeprowadzonej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego, informacje na temat kadry jednostki, informację dotyczącą szkoleń pracowników Szpitala, informacje dotyczące prowadzonej w Szpitalu terapii

zajęciowej, ofertę zajęć kulturalno – oświatowych dla pacjentów, jadłospis z dni 1.10.2013 r. – 9.10.2013 r.

2. Charakterystyka placówki

Szpital Psychiatryczny w Węgorzewie dysponuje 130 miejscami. W skład szpitala wchodzi trzy oddziały ogólnopsychiatryczne (I męski – 31 łóżek, II męski – 41 łóżek, III żeński – 38 łóżek) oraz oddział detoksykacyjny dysponujący 20 miejscami dla pacjentów z problemem alkoholowym. Na terenie Szpitala znajduje się także Oddział Leczenia Zaburzeń Nerwicowych specjalizujący się w leczeniu zaburzeń nerwicowych i osobowości poprzez kompleksowy program terapeutyczny przeznaczony dla pacjentów z całego kraju z różnymi postaciami zaburzeń nerwicowych. Przy szpitalu działa w osobnym budynku poradnia zdrowia psychicznego.

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 Węgorzewie przeznaczony jest do wykonywania środków zabezpieczających w warunkach podstawowego zabezpieczenia i dysponuje 18 miejscami dla sprawców czynów zabronionych popełnionych w stanie niepoczytalności. W dniu wizytacji w szpitalu przebywało 14 pacjentów internowanych, w tym 2 kobiety. Pacjenci skierowani na detencję przebywają w trzech oddziałach ogólnopsychiatrycznych całodobowych (9 mężczyzn w oddziale II, 3 mężczyzn w oddziale I i 2 kobiety w oddziale III).

3. Legalność pobytu

Analiza teczek pacjentów nie wskazywała na nieprawidłowości. Zawierały one m.in. postanowienia sądu o zastosowaniu środka zabezpieczającego, opinie psychiatryczne, nakaz doprowadzenia oraz nakaz przyjęcia pacjenta. Na podstawie analizy akt pacjentów internowanych przedstawiciele Mechanizmu w zasadzie nie stwierdzili nieprawidłowości w kwestii legalności ich pobytu w placówce.

Uwagę przedstawicieli Mechanizmu wzbudził przypadek umieszczenia w Szpitalu Pani (*dane osobowe usunięto*). W jej sprawie Sąd postanowił umorzyć postępowanie karne o czyny polegające na tym, że dokonała kradzieży z włamaniem do pomieszczenia altany na działce, dokonała penetracji pomieszczenia i zabrała w celu przywłaszczenia pieniądze w kwocie 1000 zł, filmy DVD i broszury o treści erotycznej oraz proszek do prania oraz na drodze publicznej kierowała rowerem będąc w stanie nietrzeźwości. Sąd orzekł umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym w uzasadnieniu stwierdzając, iż *biegli psychiatrzy i psycholog w swojej opinii jednoznacznie stwierdzili, iż ma ona (pacjentka) zniesioną zdolność zrozumienia znaczenia czynu oraz pokierowania swoim zachowaniem, co jest związane z jej chorobą psychiczną pod postacią psychozy o obrazie schizofrenii oraz upośledzenia umysłowego lekkiego. Podejrzana bezkrytyczna wobec swojego postępowania nie ma poczucia choroby i nie widzi potrzeby leczenia. Stan zdrowia podejrzanej stanowi poważne zagrożenie dla porządku prawnego i wymaga ona leczenia w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym. Pacjentka została umieszczona w Szpitalu w dniu 17.08.2013 r. celem wykonania wobec niej środka zabezpieczającego.*

Tymczasem, analizując dokumentację pacjentki, pracownicy Mechanizmu zwrócili uwagę na treść opinii o stanie zdrowia psychicznego Pani (*dane osobowe usunięto*), jaką Szpital Psychiatryczny w Węgorzewie wystosował do Sądu Rejonowego w Szubinie w dniu 7.10.2013 r. (a zatem 1,5 miesiąca po przyjęciu), z której wynika, że pacjentka *po przyjęciu miała jasną świadomość, była zorientowana co do własnej osoby, miejsca, czasu i otoczenia, spokojna w rzeczowym kontakcie, nie ujawniała objawów psychotycznych. Przez cały pobyt zachowywała się w sposób dostosowany, była podporządkowana, w dobrym kontakcie z otoczeniem. W związku z tym nie stosowano wobec niej farmakoterapii. Obecnie nie stanowi poważnego zagrożenie dla siebie i otoczenia i w ocenie lekarskiej nie wymaga dalszego stosowania środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w szpitalu.*

Przedstawiciele KMP zwracają się zatem do dyrektora Szpitala z prośbą o przesłanie informacji na temat decyzji sądu co do dalszej internacji pacjentki.

4. Personel

Personel pielęgniarski i pomocniczy w poszczególnych oddziałach przedstawia się następująco:

- w oddziale I zatrudnionych jest 17 pielęgniarek - 4 na zmianie dziennej, 2 w nocy, ponadto na każdej zmianie jest obecny sanitariusz i salowa. Zwiększona obsada pielęgniarska wynika z tego, że w oddziale wydzielony jest odcinek detoksykacyjny, dla którego jest wspólny personel pielęgniarski;

- w oddziale II zatrudnionych jest 13 pielęgniarek. Zarówno w trakcie dyżuru dziennego, jak i nocnego są 2 pielęgniarki. Ponadto w godzinach rannych jest 1 opiekun medyczny. Na stałe zatrudnionych jest 6 sanitariuszy mężczyzn i 3 salowe - kobiety. Na zmianie dziennej są zwykle 2 osoby personelu pomocniczego, na zmianach nocnych zmiennie - 1 lub 2 osoby;

- w oddziale III jest zatrudnionych 12 pielęgniarek, zarówno na zmianie dziennej, jak i nocnej są 2 pielęgniarki. Ponadto jest 2 salowych mężczyzn i 4 kobiety. Dodatkowo w godzinach rannych jest kuchenkowa i magazynier. W razie interwencji są wzywani sanitariusze z innych oddziałów - w praktyce można wezwać dodatkowo 2-3 osoby. Liczba personelu pielęgniarskiego zapewnia niezbędne minimum.

Pacjenci wiedzieli, kto jest ich lekarzem prowadzącym. Część pacjentów skarżyła się, że ma do niego utrudniony dostęp („lekarze są zajęci, nie mają czasu”), inni uważali, że mają wystarczający dostęp („zawsze kiedy potrzebują”).

W ocenie eksperta KMP, obsada lekarska i pielęgniarska byłaby wystarczająca, jednak część lekarzy jest obciążona dodatkowymi obowiązkami w innych oddziałach. Nie można wykluczyć, że właśnie z tego powodu część pacjentów ocenia kontakt z lekarzem za utrudniony, a dokumentacja lekarska (historie choroby) zawiera zbyt rzadko wpisywane obserwacje (w niektórych historiach 1 raz na miesiąc).

Niewystarczająca jest obsada personelu pomocniczego męskiego, co powoduje, że do interwencji jest zwykle nie więcej niż 3 mężczyzn. W ocenie eksperta KMP, w przypadku pobudzonego pacjenta, właściwe działanie są w stanie zapewnić 4-5 osoby. Ponadto większa obsada personelu męskiego

pozwoliłaby na rozwiązanie problemu spacerów pacjentów przebywających na detencji - obecnie możliwości te są znacznie ograniczone.

Personel szpitala uczestniczy w licznych szkoleniach wewnętrznych. Są to szkolenia m.in. z zakresu zastosowania środków przymusu bezpośredniego, praw pacjenta, pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia, pielęgnacji chorego z odleżynami, resuscytacji, treningu asertywności, jak również szkolenia na temat chorób np. depresji, choroby Alzheimera, choroby afektywnej dwubiegunowej. Poszczególne osoby przeszkolone zostały ponadto w zakresie m.in. diagnozy neuropsychologicznej (test złożonej Figury Rey'a) oraz wykorzystania testu MMPI. Szkolenia zewnętrzne w 2012 r. dotyczyły specjalizacji psychiatrycznej dla pielęgniarek (2 osoby uzyskały Dyplom Pielęgniarki Specjalistki w dziedzinie Pielęgniarstwa Psychiatrycznego) oraz udziału w szkoleniu pn. Pielęgniarka w zespole terapeutycznym (8 osób). Cały zespół terapeutyczny i pielęgniarski miał zapewnioną również superwizję.

Reprezentanci KMP pozytywnie oceniają bogatą gamę szkoleń dla pracowników oraz zaangażowanie kadry w proces dalszego kształcenia się i rozwoju osobistego.

5. Traktowanie

Z informacji uzyskanych od dyrektora Szpitala wynika, że w ciągu ostatnich dwóch lat nie było prowadzonych postępowań karnych oraz dyscyplinarnych wobec personelu placówki, ani złożonych pozwów przeciwko szpitalowi. Z rozmów z pacjentami wynika, że atmosfera panująca w szpitalu jest dobra. Rozmówcy nie przekazali sygnałów mogących świadczyć o niewłaściwym traktowaniu. Podkreślali pozytywny stosunek kadry szpitala do pacjentów oraz wskazywali, że personel jest pomocny i życzliwy.

Wobec pacjentów stosowany jest przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia. W celu oceny prawidłowości stosowania przymusu bezpośredniego, ekspert KMP przeanalizowała rejestr unieruchomień, karty zastosowania unieruchomienia, raporty pielęgniarskie, historie choroby, oraz odbyła rozmowy z personelem szpitala i pacjentami.

Zdaniem ekspert KMP zarówno personel lekarski, jak i pielęgniarski zna wskazania i zasady stosowania przymusu bezpośredniego. Cały personel był w tym kierunku przeszkolony.

Decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego podejmuje lekarz, on decyduje o rodzaju zastosowanego środka, informuje o tym pacjenta i nadzoruje jego wykonanie. W sytuacji, gdy nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza (przebywa w innym oddziale, w izbie przyjęć) decyzję podejmuje pielęgniarka, która niezwłocznie zawiadamia o tym lekarza. W przypadku stosowania unieruchomienia o pomoc proszeni są sanitariusze z innych oddziałów, zwykle telefonicznie, ale istnieje działający system alarmowy (dzwonek w gabinetach lekarskich, psychologicznych i w dyżurce pielęgniarek) pozwalający na wezwanie ich w trybie nagłym. Z reguły jest możliwe wezwanie 2-3 mężczyzn, w unieruchamianiu pacjentów uczestniczą także kobiety - pielęgniarki lub salowe.

W przypadku stosowania unieruchomienia pielęgniarka zakłada kartę zastosowania unieruchomienia, w której odnotowuje powód zastosowania przymusu, jego rodzaj, oraz wpisuje co 15 minut obserwacje dotyczące stanu pacjenta. Ekspert KMP przeanalizowała unieruchomienia pacjentów przebywających na detencji wybrane z rejestru unieruchomień. Wypełnione prawidłowo karty oraz zatwierdzone przez kierownika zawiadomienia o zastosowaniu unieruchomienia znajdowały się w historiach choroby pacjentów. Zawierały one wymagane wpisy - czytelne dane osoby zlecającej, nadzorującej, zatwierdzającej zastosowanie przymusu, informację o uprzedzeniu pacjenta o zastosowaniu przymusu oraz obserwacje stanu dokonywane przez pielęgniarki. W części historii chorób znajdowały się dodatkowo wpisy lekarzy dotyczące okoliczności zastosowania i przebiegu unieruchomienia. Wpisy te były zgodne z wpisami z raportów pielęgniarskich. Stwierdzone najdłużej stosowane unieruchomienie trwało 35 godzin. Karta zastosowania unieruchomienia zawierała adnotację lekarza o przedłużeniu unieruchomienia po 4, 10, 16, 24 i 30 godzinach. W pozostałych przypadkach stosowano unieruchomienia krótsze trwające 1-6 godzin.

Z przeanalizowanej dokumentacji medycznej, rozmów z personelem i pacjentami wynikało, że przymus bezpośredni stosowano zgodnie z przepisami prawa. Unieruchomienie stosowano wobec pacjentów pobudzonych, agresywnych wobec personelu lub innych pacjentów. Nie stosowano unieruchomienia wobec pacjentów uciążliwych.

Z informacji od personelu i pacjentów wynikało, że unieruchomienia mają miejsce w wieloosobowej sali obserwacyjnej. Personel podawał, że stosowane są parawany w celu zapewnienia unieruchomionemu pacjentowi intymności. Informacji tych nie potwierdzali pacjenci. Przedstawiciele KMP podkreślają w tym miejscu, że taka praktyka stosowania środka przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia pozostaje w sprzeczności z § 7 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania zasadności jego stosowania (Dz. U. poz. 740, dalej: rozporządzenie), zgodnie z którym przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia stosowany jest w pomieszczeniu jednoosobowym, a w przypadku braku możliwości umieszczenia w takim pomieszczeniu unieruchomienie realizowane jest w sposób umożliwiający oddzielenie od innych osób oraz zapewniający poszanowanie godności i intymności osoby poddanej unieruchomieniu.

6. Prawo do ochrony zdrowia

Szpital, poza całodobową opieką psychiatryczną, zapewnia również dostęp do konsultacji innych lekarzy specjalistów. Jeden z zatrudnionych lekarzy psychiatrów ma również specjalizację z interny i zapewnia na bieżąco pacjentom konsultacje internistyczne. Ponadto w szpitalu odbywają się konsultacje neurologiczne, kardiologiczne, okulistyczne, chirurgiczne i dermatologiczne. Na konsultacje ginekologiczne, laryngologiczne i ortopedyczne pacjenci są dowożeni do szpitala ogólnego. Szpital ma podpisaną umowę z laboratorium na wykonywanie badań diagnostycznych. Na badania obrazowe (RTG, CT, MRI, USG) oraz badanie EEG pacjenci są dowożeni do innego szpitala.

Z informacji od personelu lekarskiego oraz z analizy dokumentacji medycznej wynika, że dostęp do konsultacji innych specjalistów jest wystarczający.

W analizowanych historiach choroby znajdowały się konsultacje lekarza internisty, kardiologa, dermatologa, stomatologa, chirurga. Pacjenci mieli wykonywane badania zgodnie z zaleceniami konsultantów oraz wprowadzone zalecenia dotyczące leczenia.

Wszyscy pacjenci przyjmowani do szpitala mieli wykonane badanie stanu fizycznego, w większości przypadków także neurologicznego (w dwóch przypadkach brakowało takiego badania), wszyscy mieli wykonane podstawowe badania laboratoryjne i badanie EKG, badania te były w razie potrzeby powtarzane w trakcie hospitalizacji. U pacjentów stosowano leki „somatyczne” adekwatnie do sytuacji klinicznej, w ocenie lekarzy nie ma ograniczeń w dostępie do potrzebnych leków.

Dokumentacja pielęgniarska jest prowadzona w sposób przejrzysty. Poza raportami pielęgniarskimi prowadzone są indywidualne karty opieki pielęgniarskiej. Z kart tych wynika, że pielęgniarka po przyjęciu pacjenta do oddziału, zapoznaje go z topografią oddziału, prawami pacjenta, dokonuje pomiaru parametrów życiowych, oceny skóry, stanu higieny, pomaga pacjentowi wykonać toaletę, zmianę bielizny. W trakcie pobytu pacjenta w oddziale pielęgniarki obserwują ich stan psychiczny, odbywają rozmowy terapeutyczne. Pacjenci w rozmowach potwierdzali, że po przyjęciu do oddziału byli przez pielęgniarki zapoznawani z topografią oddziału, oraz że pielęgniarki odbywają z nimi rozmowy, są życzliwe. Byli zadowoleni z opieki pielęgniarskiej.

Ekspert KMP zwróciła ponadto uwagę na następujące kwestie:

a) Formy terapii pozafarmakologicznej

Podstawową formą leczenia stosowaną w szpitalu jest leczenie farmakologiczne. Z analizowanych historii chorób i kart zleceń wynikało, że pacjenci mają dostęp do leków psychotropowych, również najnowszej generacji, nie ma ograniczeń w ich stosowaniu. Poza farmakoterapią w każdym oddziale stosowana jest terapia zajęciowa. W każdym oddziale znajduje się sala do terapii zajęciowej, dodatkowo pracownia

terapii zajęciowej znajduje się poza oddziałami, w osobnym budynku. Pacjenci mogą skorzystać z niej pod opieką personelu.

Terapia w oddziałach ograniczona jest do zajęć plastycznych, muzykoterapii. Oferta zajęć terapeutycznych jest mało urozmaicona. Pacjenci oceniają terapeutów jako osoby bardzo miłe i pomocne, ale często zajęcia określają jako nudne lub dziecinne.

W oddziałach psychiatrycznych nie są prowadzone żadne formy psychoterapii grupowej. Pacjenci mają w razie potrzeby prowadzoną diagnostykę psychologiczną, mogą korzystać z indywidualnych rozmów z psychologiem. Indywidualne plany terapii nie są opracowywane, lub dotyczą tylko leczenia farmakologicznego. Mimo że część pacjentów przebywających na detencji ma podwójne rozpoznania (choroby psychicznej i uzależnienia) nie jest im oferowana żadna forma terapii odwykowej. Zdaniem ekspert KMP długotrwała hospitalizacja i wymuszona tym abstynencja od alkoholu lub narkotyków są okolicznościami sprzyjającymi podejmowaniu leczenia odwykowego. Bez tego, powrót do stosowania substancji psychoaktywnych po zakończeniu leczenia szpitalnego jest czynnikiem niekorzystnym, znacznie zwiększającym ryzyko nawrotu objawów choroby.

b) Dostęp do dokumentacji medycznej i informacji

Na życzenie pacjenta dokumentacja medyczna jest mu udostępniana przez lekarza prowadzącego do wglądu. Pacjenci pytani o to, czy wiedzą o takiej możliwości potwierdzali to. Większość mówiła, że nie korzysta z takiego prawa, gdyż nie widzi potrzeby. Pacjenci uważali, że lekarze informują ich w sposób wystarczający o stosowanym leczeniu i wykonywanych badaniach diagnostycznych, ale część z nich nie wiedziała, jakie przyjmuje leki. Pacjenci zainteresowani swoimi sprawami potwierdzali, że mieli wgląd do dokumentacji medycznej, znali treść opinii wydawanych na potrzeby sądu.

c) Leczenie metodami o podwyższonym ryzyku

W szpitalu nie jest stosowane leczenie elektrowstrząsami, śpiączkami insulinowymi, ani atropinowymi.

d) Kontrole stanu zdrowia pacjentów

Zdaniem eksperta KMP stan zdrowia pacjentów oceniany był rzetelnie podczas przyjmowania pacjenta do oddziału. Historie choroby zawierają ocenę stanu somatycznego, psychicznego, anamnezę, diagnozę psychologiczną, wyniki badań podstawowych. We wszystkich historiach choroby było postanowienie sądu o umieszczeniu na detencji. W części historii chorób umieszczono wyniki badania pacjentów standaryzowanym wywiadem i skalą nasilenia objawów psychopatologicznych PANSS. W jednym z oddziałów obserwacje stanu psychicznego wpisywane były nieregularnie, z częstotliwością nawet 1 raz na miesiąc, również w sytuacji, gdy z innej dokumentacji (karty stosowania przymusu bezpośredniego, raporty pielęgniarskie, karty zleceń) wynikało, że pacjent był w złym stanie psychicznym oraz zmieniano leczenie farmakologiczne. W pozostałych oddziałach wpisy były dokonywane regularnie, były one rzeczowe, obszerne, zawierały istotne informacje dotyczące stanu zdrowia pacjentów.

Wszystkie historie choroby zawierały opinie sporządzone w wymaganych terminach na potrzeby sądu, dotyczące stanu zdrowia pacjentów. Z wpisów w historiach wynikało, że pacjenci byli informowani o treści wydawanych opinii (np. pacjent poinformowany o treści opinii zareagował dysforycznie, wyzwiskami, groźbami).

Podsumowując, w oparciu o przeprowadzone rozmowy z pacjentami i personelem medycznym oraz analizę dokumentacji, ekspert KMP przedstawiła następujące spostrzeżenia i uwagi. Wobec pacjentów podejmowane są adekwatne formy diagnostyki i leczenia farmakologicznego, zarówno psychiatrycznego jak i ogólnomedycznego. Jednakże pacjenci nie zawsze uważają za wystarczający kontakt z lekarzem, pozytywnie oceniają kontakt z terapeutami i pielęgniarkami. Brakuje indywidualnych planów terapeutycznych uwzględniających, poza farmakoterapią, oddziaływania psychoterapeutyczne i terapię zajęciową. Oferowane formy terapii zajęciowej są niewystarczające, propozycje dla pacjentów mało atrakcyjne, w związku z tym nie są zmotywowani do korzystania z nich. Zajęcia terapeutyczne prowadzone poza oddziałem są dla części pacjentów przebywających na detencji *de facto* niedostępne. Zwraca uwagę całkowity brak oferty psychoterapeutycznej. Takie formy terapii jak grupy wsparcia, psychoedukacja, treningi umiejętności społecznych mogą

być z powodzeniem prowadzone w grupach pacjentów przewlekle chorujących. Dla części pacjentów niezbędne też jest wprowadzenie terapii odwykowej, zwłaszcza, że szpital dysponuje wykwalifikowaną w tym kierunku kadrą.

7.Prawo do informacji

Na terenie szpitala zatrudniony jest Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, który pełni dyżur w placówce 3 razy w tygodniu. W ramach swojej działalności reaguje na skargi pacjentów i ich rodzin, regularnie odwiedza oddziały w celu zweryfikowania zgłaszanych uwag, współpracuje z kadrą placówki w rozwiązywaniu problemów pacjentów. Internowani mogą zgłosić się na rozmowę indywidualną do Rzecznika, jak również zwrócić się do niego pisemnie lub za pośrednictwem personelu. Na tablicach ogłoszeń dostępne są obszerne informacje, w tym ulotki na temat praw pacjenta oraz działalności i danych teleadresowych Rzecznika. Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego interweniował do dyrektora Szpitala m.in. w następujących sprawach: zbyt małych porcji posiłków (sprawa podjęta z inicjatywy RPP Szpitala Psychiatrycznego na podstawie ustnych skarg pacjentów), braku dozowników z mydłem w płynie, pojemników z ręcznikami jednorazowego użytku, braku papieru toaletowego i złego stanu niektórych toalet, w sprawie wykonywania czynności porządkowych (mycie korytarzy) przez pacjentów. Na wszystkie pisma Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego otrzymał stosowną odpowiedź od dyrektora Szpitala. Z korespondencji tej wynika, że wszelkie uwagi potraktowane zostały poważnie oraz poczyniono kroki, aby wyeliminować zasygnalizowane problemy.

Jak wspomniano wcześniej, każdy pacjent po przyjęciu do szpitala zapoznawany jest przez pielęgniarkę z topografią oddziału i prawami pacjenta. W ocenie przedstawicieli KMP wskazane jest opracowanie takiej informacji w formie pisemnej, przystępnej i zrozumiałej dla pacjentów tak, aby mogli ją posiadać przy sobie i mieć do niej nieograniczony dostęp. Europejski Komitet Zapobiegania Torturom również podkreśla, iż każdemu pacjentowi w czasie przyjmowania do ośrodka - oraz jego rodzinie - powinno się udostępnić broszurę opisującą zasady obowiązujące na jego

terenie, a także prawa pacjenta. Pacjenci, którzy nie są w stanie zrozumieć broszury samodzielnie, powinni uzyskać stosowną pomoc (§ 53 Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98)]).

Na tablicach ogłoszeń wywieszono wiele ważnych informacji dotyczących m.in. różnych form zajęć i terapii wraz z podaniem dni, w które się odbywają oraz celami, jakie owe zajęcia za sobą niosą. W ogólnodostępnym miejscu wywieszono także kartę praw i obowiązków pacjenta, rozkład zajęć grupowych, regulamin odwiedzin, a także adres i telefon do Sekcji Skarg i Wniosków Warmińsko – Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Olsztynie. Na dużych i czytelnych kartkach umieszczono informacje o tym, że ustawa o zdrowiu psychicznym i ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a także zeszyt skarg i uwag znajdują się w dyżurce pielęgniarek. Ponadto na korytarzach znajdują się skrzynki na listy, do których pacjenci mogą wrzucać tzw. ankiety satysfakcji pacjentów. Każdy pacjent, który zechce wyrazić swoje zdanie na temat jego traktowania przez personel może wziąć w dyżurce wzór ankiety, a następnie wypełnić ją w sposób anonimowy oraz wrzucić do skrzynki.

W ocenie wizytujących, nie jest jasny tryb odpowiadania na skargi pisemne. W jednej z historii chorób znajdowała się pisemna skarga pacjenta adresowana do dyrektora szpitala. Nie było żadnych adnotacji czy została do dyrektora złożona, ani czy pacjent otrzymał na nią odpowiedź. Pacjent pytany o nią powiedział, że nie pamięta czy otrzymał odpowiedź, ale sprawa została rozwiązana w sposób go satysfakcjonujący.

Pracownicy Krajowego Mechanizmu Prewencji zalecają wprowadzenie jasnej procedury odpowiadania na skargi pacjentów: odpowiadanie w formie pisemnej na skargi, w miarę możliwości przez osobę, do której skarga była kierowana. Ponadto wizytujący rekomendowali zamieszczenie w miejscach ogólnodostępnych również adresów innych instytucji, do których pacjenci mogą zwrócić się w sytuacji naruszenia ich praw np. Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem na ogólnopolską bezpłatną infolinię – 800 676 676), sędziego penitencjarnego, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.

8.Prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym

Zasady kontaktów pacjentów Szpitala ze światem zewnętrznym zawarte są w *Regulaminie odwiedzin pacjentów w Szpitalu Psychiatrycznym w Węgorzewie*. W ocenie przedstawicieli KMP pacjenci internowani mają zapewniony kontakt ze światem zewnętrznym poprzez prowadzenie korespondencji, rozmów telefonicznych oraz odwiedzin. Na terenie Szpitala znajdują się aparaty telefoniczne, z których pacjenci mogą korzystać. Niektórzy pacjenci skarżyli się, że ze względu na brak środków finansowych, nie mogą z nich dzwonić.

Część pacjentów korzysta z własnych telefonów komórkowych. W Regulaminie Organizacyjnym Oddziału Psychiatrycznego jest zapisane, iż korzystanie przez pacjentów z telefonu komórkowego powinno się odbywać tylko w pilnych przypadkach i w wyznaczonych do tego celu miejscach (magazyn oddziału) w obecności personelu. Jak wyjaśnił dyrektor Szpitala, takie ograniczenia wynikają z obawy przed używaniem przez pacjentów funkcji nagrywania i fotografowania innych pacjentów. W ocenie przedstawicieli KMP powyższe ograniczenie nie ma umocowania w obowiązujących przepisach. W związku z tym przedstawiciele Mechanizmu zalecają zaklejenie obiektywu w telefonach komórkowych taśmą typu VOID (w przypadku jej odklejenia nie jest możliwe ponowne jej użycie, dzięki czemu personel placówki ma możliwość dostrzec przypadki próby nagrywania lub fotografowania) oraz umożliwienie pacjentom częstszego korzystania z nich.

W przypadku jednej pacjentki dostęp do własnego telefonu komórkowego został restrykcyjnie ograniczony. Spowodowane to było jednak względami zdrowotnymi - pacjentka z przyczyn chorobowych nękała telefonicznie inne osoby.

Korespondencja nie podlega cenzurze.

Każdego dnia istnieje możliwość odwiedzin pacjentów przez osoby spoza szpitala (również w dni świąteczne i wolne od pracy). W spotkaniach mogą również uczestniczyć dzieci, brak jest ograniczeń wiekowych w tym zakresie. Odwiedziny nie mogą trwać w godzinach posiłków, godzinach zajęć terapeutycznych oddziału leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych oraz

godzinach nocnych. Odwiedziny odbywają się w sali telewizyjnej, na stołówce oddziału. Mając na względzie prywatność innych pacjentów, przebywanie w salach chorych osób odwiedzających jest niewskazane.

Odrębnym zagadnieniem jest kwestia nieudzielania przepustek osobom internowanym. Wskazane zagadnienie jest problemem systemowym, wynikającym z braku odpowiednich unormowań prawnych. Europejski Komitet do Spraw 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*. Brak przepustek może utrudniać lub też wprost uniemożliwiać prawidłowe postępowanie diagnostyczno – terapeutyczne u pacjentów internowanych. Niemożliwość udzielenia przepustki pacjentowi w przypadkach ważnych dla niego zdarzeń i okoliczności życiowych np. śmierci bliskiej osoby, ślubu, itp. narusza zasady prowadzonego postępowania terapeutycznego, naraża go na pogorszenie 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 placówki. 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 w oddziale chorób wewnętrznych celem diagnostyki i leczenia zaburzeń kardiologicznych), naraża to osoby odpowiedzialne (ordynatorów oddziałów, dyrekcję szpitala) na ewentualną odpowiedzialność natury prawnej (ze strony wymiaru sprawiedliwości), a w przypadku ich zaniechania – na odpowiedzialność zawodową i roszczenia cywilne ze strony pacjentów lub też osób występujących w ich imieniu. Rzecznik Praw Obywatelskich dostrzegając ten problem zwróciła się do Ministra Sprawiedliwości o

rozważenie podjęcia działań legislacyjnych w tej mierze¹. W odpowiedzi z dnia 17 maja 2013 r. Minister Sprawiedliwości podzielił pogląd Rzecznika Praw Obywatelskich 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.

9. Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne

Przedstawiciele KMP przeanalizowali plany zajęć terapii zajęciowej obowiązujące w miesiącach wrzesień – październik (2013 r.) we wszystkich oddziałach. W oddziałach męskich (I i II) na zajęciach uczestniczy średnio od kilku do kilkunastu osób. Rozkład tych zajęć każdego dnia jest bardzo podobny. Zajęcia polegają m.in. na gimnastyce, zajęciach plastycznych, zajęciach komputerowych, rysowanie ołówkiem, wyklejanie obrazów makaronem, słuchanie muzyki, rysowanie kartek do orgiami, wycinanie prostokątów, biblioterapii, zajęciach kulinarnych. W ciągu analizowanego okresu pacjenci wychodzili na świeże powietrze zaledwie kilka razy (w wyjściach tych uczestniczyło zaledwie od 5-10 osób). W oddziale III (żeńskim), zgodnie z planem zajęć terapii zajęciowej (wrzesień-październik 2013 r.) pacjentki spędzały czas w pracowniach głównie na kolorowaniu obrazków, przyszywaniu guzików, rysowaniu, czytaniu prasy, wyszywaniu, szydełkowaniu, robieniu kwiatów z bibuły. W zajęciach uczestniczyło średnio od 6 do 14 kobiet. Sytuacja z wyjściami na dwór przedstawiała się podobnie jak w oddziałach męskich. W szpitalu ponadto odbywają się zebrania społeczności.

Przedstawiciele KMP ustalili, że pacjenci Szpitala mają ograniczone możliwości uczestnictwa w zajęciach na świeżym powietrzu. Wyjścia takie odbywają się w ramach terapii zajęciowej, czyli wyłącznie w tygodniu. W weekend nie ma już takiej możliwości. Z informacji od personelu i pacjentów wynikało, że wychodzą indywidualnie lub w grupach 2-3 osobowych, pod opieką personelu, jednak ze względu na ograniczoną liczbę personelu wyjścia te odbywają się rzadko i

¹ RPO-726171-V-13/GH

nieregularnie. Jeden z pacjentów skarżył się, że prawie przez 2 lata był pozbawiony możliwości korzystania ze spacerów, od wiosny tego roku miał indywidualne wyjścia z sanitariuszem 1-2 razy w tygodniu, ale tylko w ciepłe dni w okresie wiosenno-letnim (wizytacja przedstawicieli KMP odbywała się na początku października, był słoneczny, ciepły dzień, mimo tego pacjentom została przekazana informacja, że ze względu na porę roku wyjścia na dwór są ograniczone).

Należy podkreślić, że przedstawiciele 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 wpływającą 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. Ponadto na konieczność zapewnienia pacjentom codziennych zajęć na świeżym powietrzu zwrócił uwagę także Europejski Komitet Zapobiegania Torturom wskazując, iż *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 pokoiów rekreacyjnych oraz mieć możliwość codziennych ćwiczeń na świeżym powietrzu; pożądanę jest także stworzenie pacjentom możliwości nauki i odpowiedniej pracy* (§ 37 Fragmentu Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98) 12]).

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 wszystkich pacjentów detencyjnych, pozbawienie możliwości wyjść na świeże powietrze, jest - w ocenie przedstawicieli Mechanizmu – niezgodne ze standardami międzynarodowymi.

Przedstawiciele KMP uważają ponadto, że zaproponowane zajęcia są niewystarczające i w zasadzie nie mają charakteru rehabilitacyjnego i terapeutycznego. W organizowanych przez Szpital jednorazowych imprezach (zabawy karnawałowe, spartakiady, gry sportowe, zabawy taneczne) uczestniczy co prawda dużo pacjentów, ale w zajęciach o charakterze terapeutycznym, które odbywają się codziennie, liczba uczestników jest niewielka (z udostępnionych planów terapii zajęciowej obowiązujących w miesiącach wrzesień – październik 2013 r. wynika, że w zajęciach relaksacyjnych uczestniczy średnio 2-3 osoby, wyjścia na podwórko – 4- 9 os., zajęcia kulinarne – 2 os., zajęcia muzyczne – ok. 3 os.).

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 października 1995 r. w sprawie organizowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i nagradzania uczestników tych zajęć (Dz. U z 1995 r. Nr 614poz. 127) zajęcia rehabilitacyjne odbywają się zgodnie z indywidualnym programem przygotowanym przez terapeutów zajęciowych we współdziałaniu z pacjentem (§ 3). Zajęcia te obejmują: ćwiczenia samoobsługi i rozwijanie umiejętności społecznych, działania edukacyjne, różnorodne formy terapii poprzez pracę oraz inne formy terapii dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta (§ 4 pkt 3).

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

10. Warunki bytowe

Szpital Psychiatryczny w Węgorzewie usytuowany jest w pobliżu centrum miasta. Składa się z 3 zamkniętych oddziałów ogólnopsychiatrycznych, oddziału dziennego i oddziału leczenia nerwic, zakładu opiekuńczo - leczniczego w Rudziszkach oraz Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień w Giżycku. W oddziale I wydzielony jest oddział detoksykacyjny przeznaczony dla 20 pacjentów. Wszystkie oddziały ogólnopsychiatryczne znajdują się w jednym budynku. Budynek jest wyposażony w windę.

W dniu wizytacji budynki i pomieszczenia przeznaczone dla pacjentów były wyremontowane, czyste i zadbane. Szczególnie pozytywnie należy ocenić różne rozwiązania ułatwiające poruszanie się osobom z niepełnosprawnością jak np. pełne dostosowanie sanitariatów, zamontowanie wzdłuż korytarza drążka do podtrzymywania się.

Szpital dysponuje również bogatą bazą lokalową do zajęć terapeutycznych, rehabilitacyjnych i kulturalno-oświatowych. Na terenie Szpitala w odrębnym budynku znajduje się całe zaplecze sal do terapii zajęciowej, z której mogą korzystać również pacjenci tzw. dochodzący. Niestety ten budynek nie jest dostosowany do osób z niepełnosprawnością, co powoduje, że nie będą oni mieli możliwości korzystania z jego zasobów. Zgodnie z przyjętą w dniu 1 sierpnia 1997 roku 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. Nadto Polska w dniu 6 września 2012 roku ratyfikowała przyjętą w dniu 13 grudnia 2006 roku przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169). Zgodnie z jej treścią należy umożliwić osobom niepełnosprawnym niezależne życie i pełny udział we wszystkich jego sferach. Zarówno wymieniona Karta, jak i Konwencja dotyczą również osób pozbawionych wolności oraz środowiska stworzonego w miejscu ich osadzenia. W związku z powyższym przedstawiciele KMP zalecają rozważenie przystosowania tego obiektu do osób mających trudności z poruszaniem się.

W każdym oddziale znajduje się sala telewizyjna, stołówka oraz kuchenka oddziałowa oraz sale do terapii zajęciowej. W salach terapii zajęciowej lub na

korytarzach udostępniany jest pacjentom czajnik bezprzewodowy, z którego pacjenci mogą o dowolnej porze przygotować ciepły napój.

Salie pacjentów są 3-5 osobowe, wyposażone w tapczany/łóżka, szafy do przechowywania ubrań oraz szafki przyłóżkowe do przechowywania swoich rzeczy osobistych. W każdym pokoju znajdują się także umywalka. Pracownicy KMP bardzo dobrze ocenili wyposażenie sal pacjentów. W trakcie oglądu wizytujący zauważyli jednak, że nie wszyscy pacjenci mają możliwości zamykania swoich rzeczy na klucz. Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom zauważa, iż *należy przykładać szczególną uwagę do dekoracji pomieszczeń pacjentów oraz miejsc przeznaczonych do odpoczynku, w celu dostarczenia pacjentom stymulacji wzrokowej. Wysoce pożądane jest wyposażenie pomieszczeń w stoliki i szafki stojące obok łóżek; ponadto pacjentom powinno się pozwolić na przechowywanie określonych rzeczy osobistych (fotografie, książki, itp.). Należy także podkreślić znaczenie zapewnienia pacjentom określonego miejsca, w którym mogą przechowywać swoje rzeczy pod kluczem; brak takiego miejsca może godzić w poczucie bezpieczeństwa i autonomii u pacjenta* (§ 34 Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98) 12]). Przedstawiciele KMP rekomendują zatem stworzenie pacjentom odpowiednich warunków do przechowywania ich osobistych, podręcznych rzeczy.

W każdym oddziale znajdują się węzły sanitarne, wyposażone w miski ustępowe, umywalki, prysznic z uchwytami przystosowanymi dla osób mającym trudności w poruszaniu się. Z myślą o nich zamontowano także specjalne krzesło umożliwiające wykonanie czynności sanitarno - higienicznych w pozycji siedzącej. W łazienkach znajdują się dozowniki z mydłem i pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia. Zgodnie z uzyskanymi podczas wizytacji informacjami w Oddziale nie ma ograniczeń co do dostępu pacjentów do sanitariatów, co oznacza, że są one otwarte całą dobę.

W budynku funkcjonuje sklepik, w którym pacjenci mogą dokonywać zakupów.

W każdym oddziale znajdują się sale obserwacyjne. Są to sale 6 - 10 osobowe, znajdujące się na przeciwko punktu obserwacyjnego, mają przeszklone drzwi

umożliwiająca stałą obserwację. W przypadku konieczności zapewnienia pacjentom intymności, w oknach drzwi zainstalowano rolety. Pacjenci przyjmowani do oddziału są umieszczani w sali obserwacyjnej i średnio przebywają w niej 7 - 14 dni. Jeśli ich stan psychiczny pozwala, są następnie przenoszeni do mniejszych sal. W razie pogorszenia stanu psychicznego, jeśli wymagają ścisłego dozoru lub stosowania przymusu bezpośredniego, również są przenoszeni do sal obserwacyjnych. Z informacji przekazywanych przez personel wynika, że nie w każdym przypadku kryteria i czas pobytu pacjentów w salach obserwacyjnych jest jasny. Z relacji pracowników wynika, iż czasami jedynym powodem umieszczenia pacjenta na sali obserwacyjnej jest fakt braku miejsca (łóżka) w pozostałej części oddziału i że w salach tych umieszcza się także osoby nietrzeźwe. Jest to zdaniem przedstawicieli KMP postępowanie nieprawidłowe i nie sprzyja właściwemu prowadzeniu terapii, zwłaszcza w zakresie psychoterapeutycznym. Ponadto pacjenci umieszczeni w tych salach mają obowiązek chodzenia w piżamach oraz mogą opuszczać sale jedynie za zgodą personelu. Takie traktowanie w ocenie pracowników KMP nie mobilizuje do dziennej aktywności (strój ten kojarzy się ze spoczynkiem nocnym), ale jest również niehigieniczne i stygmatyzujące dla tej grupy pacjentów. Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom podkreśla, że *praktyka polegająca na stałym ubieraniu pacjentów w piżamy/koszule nocne nie sprzyja wzmocnieniu tożsamości osobistej i poczucia wartości u pacjentów, a indywidualizacja w zakresie garderoby powinna być częścią procesu terapeutycznego* [Fragment Ósmego Sprawozdania Ogólnego (CPT/Inf (98))].

W wielu pokojach łóżka były dostępne tylko z dwóch lub jednej strony, w innych z kolei odstęp pomiędzy nimi był zbyt mały i nie umożliwiał swobodnego dostępu do pacjenta, co jest niezgodne z wymogami zawartymi w § 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).

W oddziale II jest także sala do izolacji. W trakcie wizytacji nie przebywał w niej żaden pacjent. Z informacji od personelu wynikało, że jest ona używana jako sala

pobytowa dla pacjentów z podejrzeniem choroby zakaźnej, a nie jako pomieszczenie do stosowania izolacji jako środka przymusu.

W rozmowach indywidualnych internowali nie zgłaszali żadnych uwag odnośnie warunków bytowych, w tym również jakości otrzymywanych posiłków, możliwości przechowywania zakupów czy wykonywania prania. Należy podkreślić także, iż osobom nieposiadającym środków finansowych szpital zapewnia ubrania oraz przybory higieniczne, a także oferuje pomoc pracownika socjalnego w uzyskaniu niezbędnych świadczeń od instytucji pomocy społecznej. Wartościowe przedmioty internowani mogą przechowywać w depozycie szpitala (magazynku).

11. Prawo do praktyk religijnych

Pacjenci przebywający w szpitalu mają dostęp do opieki duszpasterskiej, mogą uczestniczyć w mszach świętych. W szpitalu raz w tygodniu jest zarówno kapelan - ksiądz kościoła katolickiego jak również ksiądz kościoła prawosławnego. Z informacji od personelu wynikało, że nie było w ciągu ostatnich dwóch lat potrzeby zapewnienia opieki duszpasterskiej przez duchownych innych wyznań. Pacjenci, z którymi rozmawiali przedstawiciele KMP nie zgłaszali uwag odnośnie realizacji prawa do praktyk religijnych.

12. Zalecenia

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

1. Dyrektorowi Szpitala Psychiatrycznego w Węgorzewie:

- 1.1.** używanie parawanów w celu zapewnienia intymności unieruchomionemu w sali ogólnej pacjentowi;
- 1.2.** umieszczanie w salach obserwacyjnych wyłącznie pacjentów wymagających stałej obserwacji;
- 1.3.** odstąpienie od zobowiązania pacjentów umieszczanych w salach obserwacyjnych do przebywania w nich przez cały czas w piżamach;

- 1.4.** zorganizowanie opieki nad pacjentami przebywającymi na detencji tak, aby mieli możliwość skorzystania ze spaceru codziennie, również w okresie zimowym;
- 1.5.** poszerzenie oferty terapeutycznej o oddziaływania psychoterapeutyczne, np. psychoedukację, grupy wsparcia, treningi umiejętności społecznych oraz zatrudnienie w tym celu dodatkowych psychologów lub przeszkolenie zatrudnionych;
- 1.6.** wprowadzenie indywidualnych planów terapii uwzględniających nie tylko leczenie farmakologiczne, ale także terapię zajęciową i oddziaływania psychoterapeutyczne;
- 1.7.** poprawa rzetelności prowadzonej dokumentacji medycznej poprzez dokonywanie wpisów o stanie pacjenta nie rzadziej niż raz w tygodniu oraz dokumentowanie w niej zmian o stanie pacjenta oraz decyzji dotyczących zmian farmakoterapii;
- 1.8.** zwiększenie częstotliwości korzystania przez pacjentów z telefonów komórkowych;
- 1.9.** stworzenie wszystkim pacjentom odpowiednich warunków do przechowywania ich osobistych, podręcznych rzeczy;
- 1.10.** zatrudnienie dodatkowego personelu pomocniczego męskiego, tak aby jednocześnie w szpitalu było co najmniej 4 mężczyzn salowych mogących podjąć interwencję;
- 1.11.** wprowadzenie terapii odwykowej dla pacjentów z rozpoznaniem podwójnej diagnozy;
- 1.12.** wprowadzenie jasnej procedury odpowiadania na skargi pacjentów;
- 1.13.** zmniejszenie obciążenia lekarzy oddziałów ogólnopsychiatrycznych obowiązkami w innych jednostkach organizacyjnych szpitala;
- 1.14.** wywieszenie w ogólnodostępnym miejscu adresów i telefonów instytucji stojących na straży praw człowieka, m.in. sędziego rodzinnego, Rzecznika Praw Obywatelskich, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka;
- 1.15.** dostosowanie dostępu do łóżek pacjentów zgodnie z wymogami zawartymi w § 18 i 19 rozporządzenie 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);

1.16. opracowanie broszury opisującej zasady obowiązujące na terenie szpitala, a także prawa pacjenta;

1.17. rozważenie możliwości przystosowania budynku z salami do terapii zajęciowej dla osób z niepełnosprawnością.

Ponadto, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji zwracają się do dyrektora Szpitala Psychiatrycznego w Węgorzewie z prośbą o przesłanie informacji na temat decyzji sądu co do dalszej internacji pacjentki (*dane osobowe usunięto*),