

Warszawa, dnia 23 listopada 2012 r.

RPO-713752-VII-720.1/12/KG

Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji
z wizytacji w Wojewódzkim Szpitalu
dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych
w Suchowoli
(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) oraz działając z upoważnienia Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 8-9 października 2012 r., do Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Suchowoli (zwanego dalej: szpitalem, placówką) udali się pracownicy Zespołu „Krajowy Mechanizm Prewencji” (zwanego dalej KMP lub Mechanizmem): Małgorzata Molak i Karolina Goral (pedagogzy resocjalizacyjni). W wizytacji wzięła również udział ekspert KMP – dr Anna Rusek (lekarz psychiatra). Wyniki ekspertyzy zostały włączone w treść Raportu.

Celem wizytacji zapobiegawczej 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 (zwanym 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 lek. med. Wandę Bajkowską – dyrektora szpitala pełniącego jednocześnie funkcję ordynatora oddziału dla pacjentów internowanych, zwanego również oddziałem sądowym,
- przeprowadzono rozmowy z wybranymi pracownikami placówki;
- dokonano oglądu oddziałów nr I, II i III, w tym: pokoi pacjentów, gabinetów lekarskich, sanitariatów, jadalni oraz sal do terapii zajęciowej, magazynu pościeli, depozytu ubraniowego;
- przeprowadzono rozmowy indywidualne z wybranymi pacjentami;
- poddano analizie dokumentację, dostępną na miejscu m.in. książki raportów pielęgniarских, historie chorób i opinie psychiatryczne losowo wybranych pacjentów internowanych, zeszyty terapii zajęciowej, teczki pacjentów, protokół kontroli przeprowadzonej przez Państwowy Powiatowy Inspektorat Sanitarny w Radzynie Podlaskim z dnia 4 października 2012 r., dokumentację dotyczącą stosowania przymusu bezpośredniego.

Ustalenia dokonane w ramach powyższych czynności pracownicy Krajowego Mechanizmu Prewencji przekazali dyrektorowi placówki i wysłuchali jej uwag i wyjaśnień.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano: Statut Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Suchowoli, Zarządzenie Nr 02/11 w sprawie wprowadzenia *regulaminu depozytu wartościowych rzeczy pacjentów i magazynu rzeczy chorych*, regulamin organizacyjny placówki, regulamin oddziału nr II, listę praw i obowiązków pacjenta, *program dostosowawczy do wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r.* roczny plan zajęć terapii zajęciowej, sprawozdanie z okresowej wizytacji przeprowadzonej w dniu 23 maja 2012 r. przez sędziego penitencjarnego Sądu Okręgowego w Lublinie.

2. Charakterystyka placówki

Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Suchowoli dysponuje 142 miejscami. W skład szpitala wchodzi cztery oddziały: dwa ogólnopsychiatryczne (dla kobiet i mężczyzn – oddziały nr I i III), sądowy (dla mężczyzn – oddział nr II) oraz leczenia uzależnień (oddział nr IV).

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.), Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Suchowoli przeznaczony jest do wykonywania środków zabezpieczających w warunkach podstawowego zabezpieczenia i dysponuje 46 miejscami dla sprawców czynów zabronionych popełnionych w stanie niepoczytalności.

Jak wyżej wskazano, dla internowanych mężczyzn przeznaczono oddział II, natomiast internowane kobiety umieszczone były w oddziale ogólnopsychiatrycznym dla kobiet.

3. Legalność pobytu

W dniu wizytacji w placówce przebywało 39 pacjentów internowanych (36 mężczyzn i 3 kobiety).

Na podstawie analizy losowo wybranych akt pacjentów internowanych, Mechanizm nie stwierdził nieprawidłowości w kwestii legalności ich pobytu w placówce. Dokumentacja prowadzona była starannie, chronologicznie i przejrzysto. Teczki pacjentów zawierały m.in. postanowienia sądu o zastosowaniu środka zabezpieczającego, opinie psychiatryczne, decyzje o przedłużeniu stosowania środka.

Sędzia penitencjarny wizytujący szpital 23 maja br. pozytywnie ocenił sposób prowadzenia dokumentacji sądowej internowanych, stwierdził jednakże, iż w niektórych teczkach brakowało aktualnych orzeczeń co do dalszego stosowania

internacji i zalecił zwrócenie się do odpowiednich sądów o informację czy wydano postanowienia w tym przedmiocie.

Ponadto, problemem zaobserwowanym przez KMP, zarówno w tej jak i innych tego typu placówkach, jest kwestia długotrwałych pobytów pacjentów, co wiąże się z potrzebą opieki nad nimi i jednocześnie brakiem procedur umożliwiających umieszczanie pacjentów internowanych w domach pomocy społecznej¹.

Zagadnienie to poruszane było również przez Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom, który dostrzegł, że w niektórych krajach pacjenci, którzy nie wymagają już przymusowego pobytu w ośrodku psychiatrycznym, nadal w nim pozostają z powodu braku odpowiedniej opieki bądź zakwaterowania w środowisku zewnętrznym (§ 57 Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98)]). Krajowy Mechanizm Prewencji podczas wizytacji w szpitalach psychiatrycznych również spotkał się z przypadkami pacjentów, którzy nie wymagali już przymusowego pobytu w ośrodku psychiatrycznym, ale w dalszym ciągu potrzebowali leczenia i/lub opieki w środowisku zewnętrznym. W tym kontekście Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom stwierdził, że kontynuowanie pozbawienia wolności osoby z racji braku właściwych uwarunkowań w środowisku zewnętrznym stanowi praktykę wysoce dyskusyjną.

W ocenie Krajowego Mechanizmu Prewencji oddział/szpital psychiatryczny nie powinien równocześnie pełnić roli diagnostyczno-terapeutycznej dla osób ze wskazaniami do leczenia szpitalnego i roli miejsca do życia dla osób niewymagających leczenia szpitalnego, lecz potrzebujących stałej opieki instytucjonalnej. Dla wieloletnich rezydentów oddziału powinno się znaleźć miejsce w domu pomocy społecznej lub inne np. mieszkanie chronione, hostel. Krajowy Mechanizm Prewencji dostrzega, że jest to problem systemowy, a jego rozwiązanie

¹ Pacjenci internowani, którzy nie wymagają leczenia szpitalnego, lecz pomocy i opieki instytucji takich jak dom pomocy społecznej czy zakład opiekuńczo-leczniczy nierzadko nie zgadzają się na umieszczenie ich w wyżej wymienionych placówkach. Ponadto, dopóki nie mają uchylonego orzeczenia o stosowaniu środka zabezpieczającego, dopóty domy pomocy społecznej nie przyjmą ich do grona swoich podopiecznych. Należałoby zatem, w celu zapewnienia ciągłości opieki i nadzoru, w tym samym czasie uchylić stosowanie internacji i orzec umieszczenie domu pomocy społecznej dla psychicznie przewlekle chorych. Powyższe natomiast jest trudne do zrealizowania, gdyż uchylenie stosowania środka zabezpieczającego oraz orzeczenie o umieszczeniu w domu pomocy społecznej leżą w kompetencjach różnych, niezależnych sądów – penitencjarnego i rodzinnego.

wymaga zaangażowania dyrekcji szpitali i lokalnych władz administracyjnych i samorządowych.

4. Personel

W szpitalu zatrudnionych jest: 6 lekarzy (4 psychiatrów, radiolog i internista), 1 farmaceuta, 2 psychologów, 3 terapeutki zajęciowe oraz 36 pielęgniarek i 29 salowych. Do oddziału sądowego przydzielonych jest natomiast 12 pielęgniarek, 11 salowych i 1 psycholog. Podczas zmiany dziennej w oddziale dyżur pełnią 3-4 pielęgniarki, 2 salowych, lekarz oraz psycholog, natomiast w nocy dyżurują 2-3 pielęgniarki i 2 salowych oraz lekarz dyżurny (obsługujący wszystkie oddziały).

Z informacji uzyskanych od dyrektora szpitala wynika, że w 2011 r. personel był szkolony z zakresu stosowania środków przymusu bezpośredniego. Ustalono ponadto, że wśród pracowników, w 2012 r. 10 osób ukończyło kurs kwalifikacji z pielęgniarstwa psychiatrycznego. Mimo powyższego, Krajowy Mechanizm Prewencji zauważa potrzebę organizowania systematycznych szkoleń dla kadry placówki m.in. z zakresu praw pacjenta, stosowania środków przymusu bezpośredniego, przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, komunikacji interpersonalnej, oddziaływań terapeutycznych i resocjalizacyjnych. Dodatkowo, jak podkreśla Europejski Komitet Zapobiegania Torturom, biorąc pod uwagę bardzo trudny charakter pracy w ośrodku psychiatrycznym, niezwykle istotne jest, aby personel pomocniczy był starannie dobierany, a także odpowiednio przeszkolony przed podjęciem obowiązków i przechodził szkolenia w trakcie pracy. Poza tym personel pomocniczy, w czasie wykonywania swoich zadań, powinien być ściśle nadzorowany – i podlegać poleceniom – wykwalifikowanego personelu medycznego (§ 28 Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98)]). Mechanizm zaleca zatem poszerzenie oferty szkoleniowej dla pracowników szpitala, szczególnie zaś personelu oddziału II, o ww. zagadnienia.

Ponadto, zastrzeżenia KMP budzi brak w placówce pracownika socjalnego. Dyrektor szpitala poinformowała, że kwestiami socjalnymi, związanymi m.in. z wymianą dowodów osobistych pacjentów czy wnioskami o orzeczenie stopnia niepełnosprawności, zajmuje się pielęgniarka oddziałowa przy pomocy zastępcy

dyrektora placówki. Dodatkowo, w prowadzeniu spraw socjalnych pacjentów, szpital korzysta z usług Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Wohyniu. W ocenie Mechanizmu, powyższe działania nie stanowią jednak wystarczającego zabezpieczenia potrzeb pacjentów. Ponadto, nakładanie na pielęgniarki dodatkowych obowiązków, niewynikających z ich kwalifikacji, może negatywnie wpłynąć na opiekę nad pacjentami. Wobec powyższego KMP zaleca zatrudnienie pracownika socjalnego.

5. Traktowanie

Z informacji uzyskanych od dyrektora szpitala wynika, że w 2012 r. do dnia wizytacji, w oddziale nie było wydarzeń nadzwyczajnych, w 2011 r. natomiast doszło do pobicia między pacjentami - sprawa jest w toku. W latach 2011 i 2012 (do dnia wizytacji) nie było prowadzonych postępowań karnych ani dyscyplinarnych wobec personelu oddziału. Nie było również złożonych pozwów przeciwko placówce. W analizowanym okresie, wobec pacjentów internowanych raz zastosowano środek przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia pasami – w związku z czynną agresją z jego strony. Przypadek ten został prawidłowo udokumentowany. W tym miejscu warto zaznaczyć, że szpital nie dysponuje nowymi kartami przymusu bezpośredniego, których wzór stanowi załącznik nr 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu dokumentowania i zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. z 2012 r., poz. 740). KMP zaleca korzystanie z kart zgodnych z rozporządzeniem. Należy również wskazać, że z informacji uzyskanych od pracownika szpitala wynika, że podczas stosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia nie stosuje się parawanu. Zdaniem Mechanizmu, mając na uwadze prawo pacjenta do intymności i prywatności, zasadnym jest stosowanie parawanu w wyżej wskazanej sytuacji.

Z rozmów z pacjentami oraz obserwacji wizytujących wynika, że atmosfera panująca w oddziale była pełna apatii i zobojętnienia. Personel stara się być pomocny i realizować prośby pacjentów np. dotyczące zakupów, jednakże nie zawsze jego postawa jest właściwa. Niektórzy internowani zgłosili, że pracownicy

zwracają się do nich „na Ty” bądź „po nazwisku” i czasem na nich krzyczą. Rozmówcy nie potrafili wskazać wśród personelu osoby, której ufają i z którą mogą porozmawiać o swoich problemach. Mechanizm zaleca zwracanie się do pacjentów z zachowaniem form grzecznościowych „Pan/Pani” oraz podjęcie starań w celu poprawy atmosfery w oddziale.

Ponadto, jedna osoba opowiedziała przedstawicielowi Mechanizmu o sytuacji, w której podczas wlewania do kubka gorącej wody, salowy uderzył ją w rękę w celu przerwania tej czynności. Inny rozmówca natomiast zgłosił, że pracownik placówki złamał mu obojczyk - jednakże nie podał szczegółów tego zdarzenia. Przedstawiciele Mechanizmu nie mieli możliwości zweryfikowania podanych wyżej informacji. Odebrane podczas rozmów z pacjentami sygnały nieprawidłowego traktowania przez personel, zostały przekazane dyrektorowi placówki. KMP przypomina, że stosowanie przemocy wobec pacjentów jest niedopuszczalne, stanowi naruszenie art. 40 Konstytucji RP oraz art. 3 Konwencji ochrony praw człowieka i podstawowych wolności: *„Nikt nie może być poddany torturom ani nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu.”* KMP podkreśla również, iż obowiązkiem dyrektora szpitala jest podejmowanie działań mających na celu niedopuszczenie bądź ewentualne wyeliminowanie nieprawidłowości w sposobie postępowania i odnoszenia się pracowników do pacjentów oraz wyjaśnianie wszelkich sygnałów wskazujących na naruszenie prawa pacjentów do ochrony przed nieludzkim, poniżającym traktowaniem.

Niepokojącą kwestią, zaobserwowaną w wizytowanej placówce, było ulokowanie dwóch pacjentów na korytarzu oddziału II, a nie w salach chorych. Według wyjaśnień dyrektora szpitala nie mogli oni zostać umieszczeni w salach ze względu na agresywne i niedostosowane zachowanie. Zdaniem KMP, pozbawiając pacjenta miejsca w pokoju i przenosząc go na ogólnodostępny korytarz, narusza się jego prawo do godności. KMP zaleca zatem, bezzwłoczne wyznaczenie wskazanym pacjentom miejsc w salach chorych. Mechanizm podkreśla, że w gestii dyrektora i personelu szpitala jest stworzenie pacjentom odpowiednich warunków do leczenia i rehabilitacji, m.in. poprzez zapewnienie właściwej przestrzeni życiowej. Jeśli natomiast pacjent ma duże trudności w dostosowaniu się do zasad obowiązujących

w wieloosobowej sali chorych i istnieje obawa o jego bezpieczeństwo, należy rozważyć stworzenie dla niego jedno- lub dwuosobowego pokoju.

Wątpliwości KMP wzbudził również fakt, iż większość pacjentów oddziału II w ciągu dnia ubrana była w piżamy. Zgodnie z informacjami przekazanymi przez dyrektora, internowani mogą posiadać własne ubranie, jednakże w rozmowach indywidualnych pacjenci wskazywali na obowiązek noszenia piżam. 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)]). Dodatkowym argumentem za noszeniem ubrań przez pacjentów są względy higieniczne. Jak wynika z rozmów z internowanymi, piżamy w szpitalu wymieniane są raz w tygodniu. Mechanizm zaleca motywowanie internowanych do noszenia odzieży adekwatnej do pory dnia. Ponadto, w regulaminie oddziału, w części „Obowiązki pacjenta”, pkt 2 i 3 wskazuje, że: *Pacjent przyjęty na oddział jest zobowiązany do posiadania: środków higieny osobistej, bielizny osobistej (piżama, koszula, szlafrok) i stosowne obuwie. Po zakwalifikowaniu do przyjęcia, pacjent powinien oddać do magazynu szpitalnego, za pokwitowaniem, ubranie, bieliznę i obuwie (...)*. Mechanizm zaleca zatem przeredagowanie powyższego zapisu, wskazując na potrzebę posiadania na oddziale, oprócz bielizny również odzieży na dzień oraz wprowadzając zasadę zakładania piżam wyłącznie na czas odpoczynku nocnego.

6. Dyscyplinowanie

Wobec pacjentów nie jest stosowana odpowiedzialność dyscyplinarna. Powyższe zostało potwierdzone w rozmowach indywidualnych z pacjentami.

7. Prawo do ochrony zdrowia

7.1. Internowani mają zapewniony kontakt z psychiatrą: każdego dnia w oddziale odbywa się obchód lekarski. W rozmowach z wizytującymi nie skarżyli się na brak dostępu do lekarza tej specjalności. Lekarz kontroluje stan

zdrowia pacjentów nie rzadziej niż raz na tydzień oraz w każdym przypadku zmiany zachowania, stanu psychicznego lub stanu somatycznego - w przejranych historiach chorób znajdowały się wpisy dokumentujące ww. działania. Należy zaznaczyć, że dokumentacja medyczna prowadzona jest prawidłowo i bardzo starannie. Ponadto, oddział zaopatrzony jest w nowoczesne leki: neuroleptyki, antydepresanty, stabilizatory nastroju, leki internistyczne. Leczenie farmakologiczne jest stosowane prawidłowo, jednakże zastrzeżenie KMP budzi forma podawania leków – są one rozpuszczane na kilka godzin przed podaniem, co jest nieprawidłowe z punktu widzenia ich działania. Mechanizm zaleca zmianę sposobu podawania leków oraz podkreśla, że podawanie ich ww. formie dopuszczalne jest wyłącznie w wyjątkowych sytuacjach.

W oddziale nie są stosowane zabiegi elektrowstrząsowe, śpiączki atropinowe i insulinowe.

W rozmowach pacjenci potwierdzali, że posiadają wiedzę o tym, iż są hospitalizowani na mocy postanowień sądowych, znali swoje rozpoznania, chociaż niektórzy kwestionowali je i nie mieli poczucia choroby. Część rozmówców podała natomiast, że nie wie jakie leki przyjmują. W związku z powyższym KMP zaleca organizowanie spotkań z pacjentami na temat przyjmowanych leków, ich działania, skutków ubocznych, chorób psychicznych, leczenia itp.

7.2. Dyrektor szpitala wskazała, że pacjenci mają dostęp do niezbędnych konsultacji lekarskich innych specjalistów niż psychiatra. W wizytowanej placówce dostępni są: internista, radiolog i dermatolog. W celu skonsultowania się z lekarzami innych specjalizacji pacjenci dowożeni są do najbliższych poradni czy szpitala. W stanach nagłych zachorowań, konsultacje odbywają się w trybie pilnym. W rozmowach indywidualnych niektórzy pacjenci zgłaszali problem w dostępie do: stomatologa – podali, że długo oczekiwali na wizyty i ponosili koszty niektórych usług oraz kardiologa – jeden rozmówca podał, że lekarz prowadzący odmówił wydania skierowania do wskazanego specjalisty, mimo, że pacjent 2 lata wcześniej miał dwa zawały serca. KMP zaleca zapewnienie większej dostępności do lekarzy specjalistów.

W tym miejscu warto wskazać na kwestie zaobserwowaną w wielu wizytowanych placówkach tj. zbyt niskie oszacowanie w kontrakcie zawartym z NFZ kosztów funkcjonowania oddziałów, co uniemożliwia udzielania świadczeń o odpowiednim standardzie. Krajowy Mechanizm Prewencji zauważa, iż jest to problem systemowy, a jego rozwiązanie wymaga zaangażowania dyrekcji szpitala oraz organu założycielskiego w negocjacje z NFZ.

Wątpliwości Mechanizmu budzi poza tym kwestia opinii sądowo-psychiatrycznych. Analiza dokumentacji wykazała, że opinie nt. danego pacjenta powielane są od wielu lat. Nie podważając słuszności wniosków zawartych w tychże opiniach oraz w pełnym zrozumieniu co do tego, że wobec niektórych pacjentów szanse na poprawę stanu psychicznego są niewielkie np. z powodu organicznych uszkodzeń CUN², KMP zastanawia się na ile brak poprawy u niektórych pacjentów nie wynika z „zamknięcia się” internowanego na prowadzone oddziaływania i personel placówki. Czy we wskazanej sytuacji celowym nie byłoby przeniesienia pacjenta do innego szpitala (o tym samym poziomie zabezpieczenia)? Czy zmiana otoczenia mogłaby w niektórych przypadkach wpłynąć pozytywnie na proces zdrowienia pacjenta? KMP pozostawia powyższe zagadnienie do rozważenia przez środowisko psychiatrów.

8. Prawo do informacji

Na tablicach ogłoszeń na korytarzach wizytowanych oddziałów wywieszona była karta praw i obowiązków pacjenta oraz rozkład dnia. Na jednym oddziale wizytujący zauważyli również wywieszony numer telefonu do Rzecznika Praw Pacjenta. Brakowało natomiast informacji o zasadach korzystania z przysługujących pacjentom praw. KMP zaleca zatem uzupełnienie powyższych danych m.in. o informacje o opiece duszpasterskiej – kto jest kapłanem, kiedy odprawiana jest msza św., o sposobie dokonywania zakupów, o tym, gdzie można uzyskać do wglądu Regulamin Szpitala i ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, o wizytach rodzin i bliskich, o zasadach udostępniania telefonu, ofercie zajęć terapeutycznych i możliwościach skorzystania ze spaceru. Należy w tym miejscu zwrócić uwagę, że

² Centralny Układ Nerwowy

zgodnie z zaleceniami Europejskiego Komitetu Zapobiegania Torturom, 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)]).

Ponadto, na terenie wizytowanego Oddziału nie ma zatrudnionego Rzecznika 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 1995 r. Nr 150, poz. 736, tekst jednolity), zwanej dalej uoozp. Skargi pacjentów lub ich rodzin, przedstawicieli ustawowych, opiekunów prawnych lub faktycznych, przyjmowane są przez dyrektora placówki. Z informacji uzyskanych od dyrektora wynika, że w latach 2011 i 2012 (do dnia wizytacji) wpłynęła jedna skarga związana naruszeniem praw pacjentki. Skarżąca poruszyła w niej m.in. kwestie zakazu palenia w sali chorych, kradzieży rzeczy pacjentów, agresji między pacjentami – skarga została wyjaśniona następnego dnia po wpłynięciu. Dyrektor poinformowała nadto, że w szpitalu nie rejestruje się skarg zgłaszanych ustnie. W ocenie KMP skargi ustne również należy odnotowywać np. w książce skarg i wniosków.

Europejski Komitet Zapobiegania Torturom wielokrotnie zaznaczał, że podstawową gwarancją przeciwko złemu traktowaniu w ośrodku psychiatrycznym jest skuteczna procedura zażaleniowa. Powinny istnieć szczególne procedury pozwalające pacjentom na składanie formalnych skarg do wyznaczonego organu, a także na poufne kontaktowanie się z odpowiednią władzą poza ośrodkiem (§ 53 Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98)]). Mając na uwadze powyższe, Krajowy Mechanizm Prewencji zaleca zamieszczenie w miejscach ogólnodostępnych (na wszystkich oddziałach) adresów instytucji, do których pacjenci mogą zwrócić się w sytuacji naruszenia ich praw, np. do: Rzecznika Praw Pacjenta (wraz z numerem na ogólnopolską bezpłatną infolinię), Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem na ogólnopolską bezpłatną infolinię – 800 676 676), sędziego penitencjarnego, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka. Krajowy Mechanizm Prewencji uważa również, iż we wszystkich placówkach

stacjonarnej opieki psychiatrycznej powinien być zatrudniony Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, który wspierałby i zajmowałby się sprawami osób chorych psychicznie, co w przyczyniłoby się do poprawy przestrzegania ich praw.

Istotną kwestią jest również możliwość uczestniczenia internowanych w posiedzeniach sądu dotyczących ich sytuacji. Jak poinformowała dyrektor szpitala, rozprawy odbywają się poza terenem placówki. W większości przypadków internowani nie są na nich obecni. Byłoby wskazane stworzenie pacjentom możliwości uczestniczenia w rozprawach sądowych np. poprzez organizowanie ich na terenie szpitala bądź dowożenie internowanych do sądu. Mechanizm zaleca omówienie tej kwestii przez dyrektora placówki i sędziego wizytatora.

9. Prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym

W ocenie KMP pacjenci internowani mają zapewniony kontakt ze światem zewnętrznym poprzez prowadzenie korespondencji, rozmów telefonicznych oraz odwiedzin. Korespondencja nie podlega cenzurze, a odwiedziny pacjentów przez osoby spoza szpitala mogą być realizowane każdego dnia. Spotkania odbywają się najczęściej w salach pacjentów bądź w świetlicach oddziałowych. W przypadku wizyt dzieci poniżej 14 roku życia, z uwagi na bezpieczeństwo małoletnich, odwiedziny odbywają się poza oddziałem, m.in. w holu głównym lub parku. Odnośnie kontaktu telefonicznego, w szpitalu znajduje się aparat samoinkasujący, z którego - zgodnie z regulaminem oddziału - pacjenci mogą korzystać w godzinach 8.00-21.00. Wątpliwości wizytujących wzbudziło natomiast ograniczenie dotyczące korzystania przez internowanych z własnych telefonów komórkowych. Telefony te są zdeponowane u oddziałowej i wydawane pacjentom wyłącznie w godzinach 15.00-17.00. Dyrektor tłumaczyła, że ustalono powyższą zasadę, aby zapobiec nadużywaniu telefonów podczas ciszy nocnej. Powyższy argument nie stanowi jednak wystarczającego uzasadnienia dla wprowadzonego ograniczenia, dlatego Mechanizm zaleca umożliwienie pacjentom swobodne korzystanie z własnych telefonów komórkowych w ciągu dnia i tylko w sytuacjach wyjątkowych wprowadzać limity w tej kwestii.

Sprawą dyskusyjną w ocenie KMP jest także brak uprawnienia osób internowanych do korzystania z przepustek na okresowe przebywanie poza szpitalem lub przepustek okolicznościowych (np. ceremonia pogrzebowa osoby bliskiej). Z jednej strony przepustka na okresowe przebywanie poza szpitalem może służyć ułatwieniu adaptacji pacjenta do życia poza szpitalem oraz zweryfikowaniu stanu pacjenta (poprawa obserwowana w warunkach szpitala, który jest swoistego rodzaju środowiskiem ochronnym, może okazać się niewystarczająca w zetknięciu z wymogami i trudami życia w naturalnym środowisku). Z kolei udział w ceremonii pogrzebowej/zaślubin/innych najbliższej osoby jest szczególnie ważnym przeżyciem i doświadczeniem w życiu każdego człowieka. Brak możliwości udziału pacjenta w tego typu wydarzeniach, w szczególności w przypadkach, gdy przebywa w szpitalu przez kilka lub kilkanaście lat, może mieć istotny wpływ na stan jego zdrowia. Takie sytuacje stanowią ponadto ingerencję w prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Z drugiej strony zaś brak ustawowej możliwości zastosowania przepustki w wykonywaniu internowania wobec osób umieszczonych w szpitalu psychiatrycznym jest zamierzonym działaniem ustawodawcy, warunkowanym przede wszystkim istotą i celem tych środków. Środki zabezpieczające stanowią specyficzną instytucję prawną. Można je stosować tylko wtedy, gdy jest to niezbędne. Nie orzeka się ich - w przeciwieństwie do kary pozbawienia wolności - na czas oznaczony. Stąd właśnie nie mogą one trwać dłużej, aniżeli jest to konieczne z punktu widzenia stanu zdrowia osoby, wobec której są stosowane. Mają one prewencyjny, a nie represyjny charakter, i są wykonywane przez poddanie internowanego leczeniu, terapii, rehabilitacji oraz resocjalizacji w celu poprawy jego zdrowia i zachowania, w stopniu umożliwiającym powrót do życia w społeczeństwie³.

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

³ Por. Przyjemski Stanisław M., *Glosa do postanowienia SN z dnia 28 września 2006 r.*, I KZP 23/06.

10. Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne

Zdaniem Krajowego Mechanizmu Prewencji, Wojewódzki Szpital dla Psychicznie i Nerwowo Chorych w Suchowoli nie realizuje obowiązku wynikającego z art. 202 Kodeksu karnego wykonawczego. Zgodnie z ww. przepisem: *Sprawcę, wobec którego wykonywany jest środek zabezpieczający, obejmuje się odpowiednim postępowaniem leczniczym, terapeutycznym i rehabilitacyjnym, a także resocjalizacyjnym, którego celem jest poprawa stanu jego zdrowia i zachowania, w stopniu umożliwiającym powrót do życia w społeczeństwie i dalsze leczenie w warunkach poza zakładem.* W wizytowanej placówce natomiast prowadzona jest wyłącznie farmakoterapia. Pacjenci nie są poddawani oddziaływaniom rehabilitacyjnym i resocjalizacyjnym, nie organizuje się również dla nich zajęć kulturalno-oświatowych. Część internowanych korzysta wprawdzie z terapii zajęciowej, jednakże zdaniem KMP zaproponowane zajęcia są niewystarczające i w zasadzie nie mają charakteru rehabilitacyjnego i terapeutycznego. Analiza dokumentacji wykazała, że w czasie terapii zajęciowej pacjenci mogą zrobić zakupy, oglądać TV, czytać prasę, grać w gry planszowych, układać puzzle, bądź uczestniczyć w zajęciach plastycznych. Czasem organizowane są grille bądź wieczorki taneczne.

W ramach terapii zajęciowej na świeżym powietrzu organizowane są spaceracje dla pacjentów, jednakże – jak poinformował personel – w porze zimowej są one zawieszane. Powyższe wynika z faktu, iż większość pacjentów w ciągu dnia nosi piżamy, a ich ubrania, w tym kurtki, zdeponowane są w magazynie odzieży.

Ponadto, w oddziale prowadzone są spotkania społeczności, w opinii psychologa jednakże, nie spełniają one swojej funkcji. Internowani nie chcą angażować się w życie oddziału i jak zostało wcześniej wskazane, charakteryzuje ich apatia i zrezygnowanie. W kwestii oddziaływań psychologicznych natomiast, rola psychologa sprowadza się głównie do wywiadów diagnostycznych i doraźnej pomocy. Brakuje indywidualnych i grupowych form psychoterapii, psychoedukacji, treningów umiejętności życiowych i społecznych. Jak wynika z relacji psychologa,

pacjentom nie sporządza się indywidualnych, wieloprofilowych programów terapii, co stoi w sprzeczności z § 3 i § 4 pkt 3 rozporządzenia 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 614, poz. 127): *Zajęcia rehabilitacyjne odbywają się zgodnie z indywidualnym programem przygotowanym przez terapeutów zajęciowych we współdziałaniu z pacjentem. (...) Zajęcia rehabilitacyjne obejmują: ćwiczenia samoobsługi i rozwijanie umiejętności społecznych, działania edukacyjne, różnorodne formy terapii poprzez pracę oraz inne formy terapii dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta.*

Warto podkreślić, że zgodnie ze stanowiskiem Europejskiego Komitetu Zapobiegania Torturom, każdy pacjent powinien mieć sporządzony indywidualny plan leczenia obejmujący szeroki zakres czynności rehabilitacyjnych, terapeutycznych, kontakt ze sztuką, teatrem, muzyką i sportem. Ponadto, pacjenci powinni mieć dostęp do właściwie wyposażonych pokoi rekreacyjnych oraz mieć możliwość codziennych ćwiczeń na świeżym powietrzu, pożądane jest również stworzenie pacjentom możliwości nauki i pracy (§ 37 Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98)]).

W ocenie Krajowego Mechanizmu Prewencji skuteczne leczenie pacjentów nie może polegać tylko na farmakoterapii, ale stosowaniu szerokiego wachlarza zajęć przygotowujących do funkcjonowania w rolach społecznych. Wobec powyższego, KMP zaleca tworzenie indywidualnych planów terapii dla pacjentów i zintensyfikowanie oddziaływań terapeutycznych, w tym poszerzenie oferty zajęć rehabilitacyjnych, resocjalizacyjnych i kulturalno-oświatowych. Mechanizm zaleca nadto, stworzenie możliwości korzystania ze spacerów w porze zimowej, m.in. poprzez zwiększenie dostępu internowanych do ich własnych ubrań (więcej w pkt 11).

KMP dostrzega również potrzebę dofinansowania warsztatów terapii w celu zakupu sprzętu, książek i potrzebnych materiałów do prowadzenia zajęć (np. piłki, materiały plastyczne, biurowe, artykuły do majsterkowania, produkty do treningów kulinarnych itp.). Z informacji uzyskanych od pracowników placówki wynika

bowiem, że terapeuci organizują materiały do prowadzenia zajęć we własnym zakresie, przynoszą prywatną prasę. Nie posiadają również środków na zakup nowych pozycji do biblioteki, a organizowanie grilli i wieczorków jest możliwe dzięki składkom pacjentów na ten cel.

11. Warunki bytowe

Wojewódzki Szpital dla Psychicznie i Nerwowo Chorych w Suchowoli zlokalizowany jest w zespole pałacowo-parkowym dawnej rezydencji Czetwertyńskich. Zespół ten wpisany jest do rejestru zabytków. Budynek przeznaczony na cele psychiatrii w 1965 r. Generalny remont z przebudową wewnątrz oddziałów, wymianą instalacji elektrycznej, kanalizacji i centralnego ogrzewania przeprowadzono w latach 1994-1995, natomiast w 2004 r. szpital wyposażono w instalację ppoż. Ponadto, szpital posiada opracowany *Program dostosowawczy do wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r.*, pozytywnie zaopiniowany przez Lubelskiego Państwowego Inspektora Sanitarnego w Lublinie. Wdrożenie założeń ww. programu wymaga jednakże wsparcia finansowego ze strony organu prowadzącego. Mechanizm zaleca zatem dofinansowanie placówki, w celu umożliwienia realizacji zaplanowanych inwestycji.

W dniu wizytacji pomieszczenia przeznaczone dla pacjentów w większości były czyste i zadbane. Zastrzeżenia KMP wzbudziło natomiast znaczne zagęszczenie sal chorych. Pokoje były wieloosobowe (m.in. dziewięćosobowe, dwunastoosobowe), z niewielką przestrzenią między łózkami – odstępy między nimi nie umożliwiały swobodnego dostępu do pacjenta z trzech stron, jak 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). W ocenie wizytujących ww. warunki stworzone w pokojach dla

pacjentów naruszają ich prawo do intymności. Mechanizm zaleca zmniejszenie pojemności sal oraz zapewnienie odpowiednich odstępów między łózkami internowanych.

W oddziale znajduje się węzeł sanitarny wyposażony w miski ustępowe, umywalki i prysznice z uchwytyami przystosowanymi dla osób mających trudności w poruszaniu się. 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 sanitariatach brakowało środków higienicznych takich jak mydło, papier toaletowy, ręczniki, które pacjenci musieli zapewnić sobie we własnym zakresie.

Do dyspozycji pacjentów jest także jadalnia, która jednocześnie pełni funkcję sali dziennego pobytu.

Uwagę Mechanizmu zwrócił brak windy w budynku, co tym samym oznacza, że szpital nie jest dostosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych. Mechanizm zaleca, by jak najszybciej podjąć działania w celu dostosowania budynku do potrzeb osób poruszających się na wózku inwalidzkim. Należy dodać, że sale terapii i kaplica znajdują się na parterze, więc jeśli w placówce zostanie umieszczona osoba niepełnosprawna ruchowo, nie będzie ona mogła korzystać ze swoich uprawnień bez pomocy personelu. Powyższe zwiększa ryzyko wystąpienia poniżającego traktowania.

Odnosnie warunków do przechowywania rzeczy osobistych należy zaznaczyć, że pacjenci mieli zapewnione wyłącznie niewielkie szafki przyłóżkowe - niezamykane na klucz. Jeśli pacjent posiadał przy sobie więcej rzeczy, przechowywał je w worku bądź torbie pod łóżkiem. Najczęściej jednak odzież i buty pacjentów zdeponowane były w magazynie. KMP wskazuje na potrzebę wyposażenia oddziału w szafy ubraniowe, aby pacjenci mogli posiadać własną odzież w oddziale i mieć stały dostęp do swoich rzeczy. Umożliwi to internowanym m.in. korzystanie ze spacerów w porze zimowej, o czym zostało wspomniane w pkt 10. Warto również doposażyć pokoje w szuflady pod łóżka, aby zapewnić pacjentom dodatkowe miejsce do przechowywania ich rzeczy

osobistych. W celu przestrzegania prawa pacjentów do prywatności i ochrony przed kradzieżą, należy natomiast zamontować w szafkach nocnych zamki.

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]). Podsumowując tę kwestię, Krajowy Mechanizm Prewencji rekomenduje stworzenie pacjentom odpowiednich warunków do przechowywania ich osobistych, podręcznych rzeczy.

Biorąc pod uwagę przedstawione w pkt 5 raportu stanowisko KMP odnośnie ubioru pacjentów, należy dodać, że w opinii Mechanizmu istotne jest aby, w sytuacji, gdy pacjent nie posiada własnego ubrania ani środków finansowych na jego zakup, szpital zapewnił internowanym odzież odpowiednią do pory roku. KMP proponuje pozyskanie odzieży z organizacji charytatywnych np. Caritas Polska. Dyrektor nie zgodziła się z powyższym zaleceniem wizytujących, twierdząc, że wystarczającą pomocą dla internowanych jest udostępnianie im piżamy. Dodała, że placówka nie posiada środków finansowych na zakup ubrań i nie chce ponosić dodatkowych kosztów prania. Mimo powyższych wyjaśnień, KMP w dalszym ciągu zaleca podejmowanie starań pozyskania odzieży i butów dla pacjentów, którzy nie posiadają pieniędzy na ten cel, ani wsparcia rodziny.

Piżamy pacjentów oddawane są do prania raz w tygodniu, prywatne rzeczy natomiast pacjenci piorą sami „w ręku” i mają do dyspozycji jedną przenośną suszarkę na bieliznę. Warte rozważenia jest wyposażenie oddziału w pralkę i zakup dodatkowych suszarek.

Zgodnie z wyjaśnieniami dyrektora placówki, dodatkowe posiłki (między głównymi daniami) mogą otrzymać tylko pacjenci, którzy wymagają tego ze

względów zdrowotnych np. chorujący na cukrzycę. Pozostali mogą zaopatrzyć się w dodatkowe napoje i jedzenie we własnym zakresie, m.in. robiąc zakupy w sklepie na terenie szpitala. Zakupione produkty mogą przechowywać w lodówkach oddziałowych. Zdaniem przedstawicieli Mechanizmu wskazanym jest, aby każdy pacjent mógł otrzymać dodatkowo herbatę, chleb, masło i produkty do kanapek.

W oddziale nie ma zainstalowanych kamer przemysłowych (monitoringu), ani sygnalizacji przyzywowej.

Odnosnie parku otaczającego budynek szpitala, zdaniem KMP, wymaga on uporządkowania i renowacji.

W rozmowach indywidualnych internowali podali, że w placówce pobierane są opłaty „za prąd” np. gdy chcą naładować telefon komórkowy bądź skorzystać z radia czy telewizji. Dyrektor wyjaśniła, że w placówce obowiązywały ww. opłaty, ale od kwietnia br., po interwencji w tej sprawie Rzecznika Praw Pacjenta, opisana praktyka została wyeliminowana.

Należy wskazać, że dyrektor szpitala wielokrotnie podkreślała, że zalecenia KMP nie są możliwe do zrealizowania ze względu na problemy finansowe placówki i brak wsparcia ze strony organu prowadzącego, jednakże z informacji zastępcy dyrektora wynika, że sytuacja finansowa szpitala jest dobra.

12. Prawo do praktyk religijnych

Opiekę duszpasterską nad pacjentami sprawuje zatrudniony w placówce ksiądz katolicki. Msze św. odprawiane są w niedziele i święta w szpitalnej kaplicy. Dodatkowo, kapelan odwiedza pacjentów na oddziałach, w ramach posługi indywidualnej. Pacjenci, z którymi rozmawiali przedstawiciele KMP nie zgłaszali uwag odnośnie realizacji prawa do praktyk religijnych.

13. Zalecenia

Na podstawie art. 19 Protokołu Fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania, Krajowy Mechanizm Prewencji zaleca:

1. Dyrektorowi Wojewódzkiego Szpitala dla Psychicznie i Nerwowo Chorych w Suchowoli:

- 1.1.** niedopuszczenie bądź ewentualne wyeliminowanie nieprawidłowości w sposobie postępowania i odnoszenia się pracowników do pacjentów oraz wyjaśnianie wszelkich sygnałów wskazujących na naruszenie prawa pacjentów do ochrony przed niehumanitarnym, poniżającym traktowaniem;
- 1.2.** zwracanie się do pacjentów przez personel szpitala z zachowaniem form grzecznościowych „Pan/Pani” oraz podjęcie starań w celu poprawy atmosfery w oddziale;
- 1.3.** stworzenie pacjentom odpowiednich warunków do leczenia i rehabilitacji, m.in. poprzez zapewnienie każdemu miejsca w sali chorych;
- 1.4.** motywowanie internowanych do noszenia odzieży adekwatnej do pory dnia;
- 1.5.** zmianę sposobu podawania leków;
- 1.6.** tworzenie indywidualnych planów terapii dla pacjentów i zintensyfikowanie oddziaływań terapeutycznych, w tym poszerzenie oferty zajęć rehabilitacyjnych, resocjalizacyjnych i kulturalno-oświatowych;
- 1.7.** stworzenie możliwości korzystania ze spacerów w porze zimowej, m.in. poprzez zwiększenie dostępu internowanych do ich własnych ubrań;
- 1.8.** doposażenie warsztatów terapii w sprzęt do rekreacji i terapii zajęciowej na dworze i w pomieszczeniach (piłka, inne gry, artykuły do terapii zajęciowej, materiały plastyczne, biurowe, artykuły do majsterkowania, produkty do treningów kulinarnych, książki itp.);
- 1.9.** 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);

- 1.10.** zatrudnienie pracownika socjalnego;
- 1.11.** przeszkolenie personelu oddziału w zakresie oddziaływań niezbędnych w pracy z osobami zaburzonymi psychicznie, w tym stosowania przymusu bezpośredniego i praw pacjenta;
- 1.12.** zorganizowanie spotkań z pacjentami na temat przyjmowanych leków, ich działania, skutków ubocznych, chorób psychicznych, leczenia itp.;
- 1.13.** używanie parawanu podczas stosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia pasami;
- 1.14.** umożliwienie pacjentom swobodne korzystanie z własnych telefonów komórkowych w ciągu dnia;
- 1.15.** preredagowanie zapisu w regulaminie oddziału w rozdziale II, części „Obowiązki pacjenta”, pkt 2 i 3, wskazując na potrzebę posiadania na oddziale, oprócz bielizny również odzieży na dzień oraz wprowadzając zasadę zakładania piżam wyłącznie na czas odpoczynku nocnego;
- 1.16.** dostosowania budynku do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo;
- 1.17.** stworzenie pacjentom odpowiednich warunków do przechowywania ich osobistych, podręcznych rzeczy poprzez wyposażenie oddziału w szafy ubraniowe, a sal chorych w szuflady pod łóżko na rzeczy osobiste pacjentów i zamykane szafki przyłóżkowe;
- 1.18.** prowadzenie obowiązujących kart przymusu bezpośredniego;
- 1.19.** zapewnienie większego dostępu pacjentów do lekarzy specjalistów;
- 1.20.** rejestrowanie skarg przekazywanych ustnie;
- 1.21.** zapewnienie pacjentom dodatkowych posiłków między daniami głównymi;

- 1.22. pozyskanie z organizacji charytatywnych odzieży i butów dla pacjentów nieposiadających własnych środków finansowych;
- 1.23. wywieszenie w ogólnodostępnym miejscu adresów i telefonów instytucji stojących na straży praw człowieka, m.in. sędziego rodzinnego, Rzecznika Praw Obywatelskich, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka;
- 1.24. wyposażenie sanitariatów w środki higieniczne;
- 1.25. zakup suszarek na pranie;
- 1.26. rozważenie wyposażenia oddziału w pralkę;
- 1.27. uporządkowanie i renowację parku otaczającego szpital.

2. Organowi prowadzącemu:

- 2.1. przeznaczenie środków finansowych na realizację programu dostosowania szpitala do obowiązujących przepisów, w tym do potrzeb osób niepełnosprawnych;
- 2.2. przeznaczenie środków finansowych na zatrudnienie pracownika socjalnego;