

Warszawa, dnia 26 listopada 2012 r.

RPO-710568-VII-720.1/12/PK

**Raport**  
**Krajowego Mechanizmu Prewencji**  
**z wizytacji Oddziałów Psychiatrycznych**  
**Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego**  
**w Gorzowie Wielkopolskim**  
**(wyciąg)**

**1. Wstęp**

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 z dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 Nr 30, poz. 192) oraz działając z upoważnienia Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 28 - 30 sierpnia 2012 r., do Oddziałów Psychiatrycznych (III, IX i X) znajdujących się w Zespole Szpitalnym Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp., przy ul. Walczaka 42 (zwanymi dalej: Oddziałami, Szpitalem, placówką) udali się pracownicy Zespołu „Krajowy Mechanizm Prewencji” (zwanego dalej KMP lub Mechanizmem): Michał Dzikuch, Aleksandra Iwanowska oraz Przemysław Kazimirski (prawnicy). W wizytacji wzięła również udział ekspert KMP – prof. dr hab. n. med. Maria Załuska (specjalność: psychiatria). Wyniki ekspertyzy zostały włączone w treść Raportu.

Celem wizytacji zapobiegawczej Krajowego Mechanizmu Prewencji było sprawdzenie na miejscu sposobu przestrzegania praw osób umieszczonych w Oddziałach 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, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem albo karaniem.

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- przeprowadzono rozmowy z: ordynatorami oddziałów IX i III oraz lekarzami z oddziału X;
- dokonano oglądu Oddziałów w tym: pokoi pacjentów, gabinetów lekarskich, sanitariatów, świetlic i jadalni;
- przeprowadzono rozmowy indywidualne z wybranymi pacjentami;
- poddano analizie dokumentację dostępną na miejscu, m.in. książki raportów pielęgniarских, historie chorób, opinie psychiatryczne pacjentów internowanych, zeszyt zdarzeń niepożądanych, zeszyty agresji;
- zapoznano się z wybranymi nagraniami z monitoringu Oddziałów obrazującymi zachowania niepożądane podejmowane przez pacjentów oraz zastosowania środka przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia.

Ustalenia dokonane w ramach powyższych czynności pracownicy Krajowego Mechanizmu Prewencji przekazali na miejscu ordynatorom wizytowanych oddziałów.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano: Regulamin Oddziału psychiatrycznego; sprawozdanie sędziego penitencjarnego Sądu Okręgowego w Gorzowie Wlkp. z wizytacji Oddziałów Psychiatrycznych Szpitala przeprowadzonej w dniach 2, 3, 6 i 8 września 2011 r.; procedury obowiązujące w wizytowanych Oddziałach (w szczególności - dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego oraz postępowania w wypadkach nadzwyczajnych); Kartę praw pacjenta oraz inne akty regulujące prawa i obowiązki pacjentów wizytowanych oddziałów.

## **2. Charakterystyka placówki.**

Wizytowane oddziały psychiatryczne znajdują się w 3 budynkach usytuowanych na rozległym terenie Zespołu szpitalnego Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim przy ul. Walczaka 42.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu

powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. Nr 179, poz. 1854 ze zm.), szpital przeznaczony jest do wykonywania środków zabezpieczających w warunkach zabezpieczenia wzmocnionego (Oddział IX) oraz podstawowego (Oddział III i X).

Ponadto, w Oddziale IX umieszczane są osoby skazane, wobec których sąd zastosował przymusowe leczenie odwykowe na podstawie art. 96 Kodeksu karnego, jak również osoby tymczasowo aresztowane w ramach tzw. aresztu zastępczego wykonywanego ze względu na stan zdrowia oskarżonego, w odpowiednim zakładzie leczniczym na mocy art. 260 Kodeksu postępowania karnego.

### **3. Legalność pobytu**

Pacjenci internowani, przebywali w trakcie wizytacji w trzech pododdziałach Oddziału IX (A, B, C), w dwóch pododdziałach Oddziału III (B, D) oraz w pododdziale Oddziału X (A). Łącznie, środek zabezpieczający wykonywany był wobec 91 osób (w tym - wobec 25 kobiet).

W warunkach wzmocnionego zabezpieczenia internowanych było 54 mężczyzn (29 w Oddziale IX B i 25 w IX C) oraz 24 kobiety (Oddział IX A).

Środek zabezpieczający w postaci umieszczenia sprawcy przestępstwa w szpitalu psychiatrycznym dysponującym warunkami podstawowego zabezpieczenia, wykonywany był wobec 11 mężczyzn (7 w Oddziale III B oraz 4 w Oddziale III D). W ostatnim z oddziałów - X, w których w warunkach podstawowego zabezpieczenia mogą przebywać internowane kobiety, umieszczona była 1 kobieta.

W Oddziale IX D, przeznaczonym dla pacjentów, wobec których sąd orzekł przymusowe leczenie odwykowe, przebywało ponadto w czasie wizytacji 17 mężczyzn. W Oddziale IX, przebywało również 2 tymczasowo aresztowanych.

W oddziałach dysponujących wzmocnionym zabezpieczeniem dokonano przeglądu 5 historii chorób (3 osób internowanych, 1 tymczasowo aresztowanej oraz 1 osoby skazanej przebywającej na przymusowym leczeniu odwykowym od alkoholu). Czas trwania pobytu u jednej osoby wynosił 7 miesięcy, u pozostałych 4 osób nie przekraczał 5 miesięcy.

We wszystkich historiach chorób znajdowało się badanie stanu psychicznego i somatycznego w izbie przyjęć, badanie stanu psychicznego i somatycznego w oddziale, wywiady wraz z wpisami odnośnie stanu pacjenta (początkowo co 1-2 dni, z czasem rzadziej - co 2 – 3 tygodnie). Do historii chorób dołączone były wyniki badań dodatkowych – podstawowych laboratoryjnych.

Ponadto przeanalizowana dokumentacja medyczna pacjentów internowanych - skierowanych przez sąd celem realizacji środka zabezpieczającego w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia, zawierała:

- postanowienie sądu o umorzeniu postępowania w sprawie karnej i umieszczeniu w szpitalu psychiatrycznym celem realizacji środka zabezpieczającego;
- opinie sądowo psychiatryczne w wymienionych wyżej sprawach;
- decyzja Krajowej Komisji Psychiatrycznej ds. Środków Zabezpieczających o umieszczeniu w Szpitalu w Gorzowie w oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu;
- nakaz sądu przyjęcia na leczenie w Szpitalu w Gorzowie w oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu;
- w dokumentacji jednego z podsądnych przebywającego w oddziale przez okres ponad 6 miesięcy, w dokumentacji znajdowały się: opinia kierownika oddziału sporządzona dla sądu po upływie 6 miesięcy odnośnie stanu psychicznego i funkcjonowania pacjenta oraz postanowienie sądu o przedłużeniu leczenia w warunkach szpitala psychiatrycznego o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia na dalszy okres;
- w teczkach 3 osób znajdowała się także dokumentacja zastosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia (2 osoby) oraz karta zastosowania przymusu w formie przytrzymania i podania leków (1 osoba). Dokumentacja ta była prawidłowo prowadzona;
- w dokumentacji jednej osoby znajdowała się zgoda na udzielanie informacji o stanie zdrowia wskazanej osobie;
- w dokumentacji jednej osoby znajdowała się diagnoza socjalna i wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności.

W przypadku osoby aresztowanej, zawartość dokumentacji medycznej przedstawiała się następująco:

- postanowienie sądu o tymczasowym aresztowaniu;
- zgoda sądu na widzenia z tymczasowo aresztowanym;
- postanowienie sądu o przedłużeniu aresztowania;
- postanowienie sądu o zmianie sposobu wykonywania środka zabezpieczającego z aresztowania na umieszczenie w oddziale psychiatrii o wzmocnionym zabezpieczeniu;
- opinia sądowo-psychiatryczna i sądowo-psychologiczna wystawiona po obserwacji szpitalnej;
- postanowienie o wydaniu pacjenta na badanie dodatkowe do szpitala specjalistycznego;
- postanowienie sądu o szpitalnej obserwacji sądowo-psychiatrycznej;
- poprzednie historie choroby – jedna obserwacja sądowo-psychiatryczna;
- zgoda pacjenta na informowanie wskazanej przez niego osoby z kręgu rodziny, o stanie jego zdrowia.

W przypadku osoby skazanej skierowanej w ramach odbywania kary pozbawienia wolności na przymusowe leczenie uzależnienia od alkoholu, w dokumentacji znajdowały się :

- nakaz sądowy przyjęcia na leczenie odwykowe w ramach oddziału o wzmocnionym zabezpieczeniu w szpitalu w Gorzowie Wlkp.;
- wniosek Szpitala o zgodę sądu na transport pacjenta na konsultację chirurgiczną w związku z dokonany przez niego samouszkodzenie („połyk”);
- nakaz sądu przetransportowania pacjenta na konsultację;
- wyrok sądu oraz orzeczenie o umieszczeniu w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego;
- postanowienie o zastosowaniu środka zabezpieczającego w zakładzie leczenia odwykowego w Choroszczy;
- postanowienie sądu o zmianie miejsca wykonywania środka zabezpieczającego na Szpital w Gorzowie Wlkp. z powodu tendencji skazanego do dokonywania „połyków”;

- opinia sądowo-psychiatryczna nie stwierdzająca ograniczenia zdolności rozpoznania znaczenia popełnianych czynów i kierowania swoim postępowaniem, stwierdzająca jednocześnie uzależnienie od alkoholu i upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim;
- opinia Krajowej Komisji Psychiatrycznej ds. Środków Zabezpieczających o umieszczeniu skazanego w Szpitalu w Gorzowie, w oddziale leczenia odwykowego o wzmocnionym zabezpieczeniu;
- dokumentacja stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia (4 razy w odstępach około 2-tygodniowych) - prawidłowo prowadzona;
- wynik konsultacji chirurgicznej;
- wpisy odnośnie stanu pacjenta początkowo kilka wpisów w ciągu dnia (po dokonaniu połyku ), następnie co 2 dni.

W oddziale męskim o podstawowym poziomie zabezpieczenia przeanalizowano 4 historie chorób. Najdłuższy pobyt trwał 9 lat, najkrótszy 1,5 roku. We wszystkich analizowanych historiach chorób znajdowało się badanie stanu psychicznego i somatycznego w izbie przyjęć, badanie stanu psychicznego i somatycznego w oddziale, wywiady i wpisy odnośnie stanu pacjenta – początkowo co 1-2 dni, z czasem rzadziej (co 2 tygodnie, ale nawet do 1 miesiąca). Do historii chorób dołączone były wyniki badań dodatkowych – podstawowych laboratoryjnych (w osobnej teczce). Osobno gromadzona była pełna dokumentacja sądowa. Co 6 miesięcy wystawiana była opinia kierownika oddziału dla sądu odnośnie stanu psychicznego i funkcjonowania pacjenta.

Analiza wybranej dokumentacji pacjentów internowanych, wykazała kompletność wymaganych przepisami prawa orzeczeń i opinii, warunkujących wykonywanie środka zabezpieczającego.

#### **4. Personel**

W Oddziale IX pracuje 5 lekarzy (w tym ordynator i zastępca ordynatora), 4 psychologów, 3 terapeutów uzależnień, 5 terapeutów zajęciowych, pielęgniarz oddziałowy, 47 osób średniego personelu medycznego (pielęgniarki i pielęgniarze),

13 osób pomocy szpitalnej oraz 10 sanitariuszy. Ponadto w Oddziale zatrudnieni są również pracownicy jednozmianowi w liczbie 20 (m.in. pracownik socjalny).

Biorąc pod uwagę nominalną pojemność Oddziału (85) wskazać należy, że łączna liczba personelu wynosząca 107 osób nie spełnia warunku zawartego w rozporządzeniu z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. Nr 179, poz. 1854 ze zm.) stanowiącym, że liczba personelu przypadająca na jednego pacjenta w oddziale szpitalnym dysponującym wzmocnionym systemem zabezpieczeń, winna wynosić co najmniej 2-krotnie więcej, aniżeli pojemność oddziału. Mając na uwadze progres zatrudnienia w Oddziale, o którym ordynator oddziału poinformowała przedstawicieli KMP, Mechanizm poprzestaje w tym miejscu na wyrażeniu nadziei, że starania w tym zakresie będą kontynuowane aż do czasu osiągnięcia standardów określonych przepisami prawa.

W skład personelu Oddziału III B i III D wchodzi ordynator, 4 lekarzy, psycholog, 2 terapeutki zajęciowe, pielęgniarka oddziałowa, 22 pielęgniarki, sekretarka medyczna oraz 5 osób zatrudnionych jako pomoc szpitalna. W ostatnim z oddziałów, w którym może być wykonywany środek zabezpieczający w postaci umieszczenia sprawcy czynu zabronionego w szpitalu dysponującym podstawowymi warunkami zabezpieczenia, liczba personelu jest porównywalna z opisanym wcześniej pod tym względem Oddziałem III i wynosi 35. W Oddziale X zatrudniony jest ordynator, starszy asystent specjalista z zakresu psychiatrii, 2 lekarzy w trakcie specjalizacji z psychiatrii, psycholog, pielęgniarka oddziałowa, 2 terapeutów zajęciowych, sekretarka medyczna, 3 pielęgniarki specjalistki, 17 starszych pielęgniarek oraz 6 osób zatrudnionych jako pomoc szpitalna.

Na dyżurze popołudniowym i nocnym opiekę lekarską w oddziałach o wzmocnionym zabezpieczeniu zapewniają: lekarz dyżurny, 8 pielęgniarek, 2 sanitariuszy, jak również pracownik ochrony obsługujący monitoring.

Dyżurowa obsada lekarska jest zapewniona przez 1 lekarza psychiatrę na wszystkie (ponad 200) łóżek psychiatrycznych. Lekarz ten obsługuje również izbę

przyjęć oraz przeprowadza konsultacje w oddziałach nie-psychiatrycznych. W razie konieczności, jego działania wspierane są przez lekarza dyżurującego pod telefonem. W ocenie KMP aktualna obsada lekarska nie jest wystarczająca. Konieczne jest, by przy takiej liczbie oddziałów i zadań, które ciążą na lekarzu w izbie przyjęć, było dwóch psychiatrów - jeden dla oddziałów o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia, a drugi dla pozostałych.

Z dokumentacji udostępnionej wizytującym przez władze poszczególnych Oddziałów, zawierającej plany szkoleń dla podległego im personelu wynika, że zakres oraz rodzaj odbytych w roku ubiegłym i bieżącym szkoleń jest wszechstronny. Obejmuje on zarówno prawodawstwo, szkolenia wzbogacające wiedzę z zakresu kontaktów z pacjentami trudnymi, jak i praktyczne ćwiczenia np. ze stosowania środków przymusu bezpośredniego. Warto także dodać, że szkoleniami obejmowany jest cały personel pracujący z pacjentami w Oddziałach.

Opisując obsadę poszczególnych oddziałów nie sposób nie wspomnieć o pracownikach agencji ochrony odpowiedzialnych za bezpieczeństwo i przeciwdziałanie wydarzeniom nadzwyczajnym w Oddziale IX o wzmocnionym zabezpieczeniu. Pracownicy agencji sprawują nadzór nad bezpieczeństwem pacjentów i personelu za pomocą monitoringu obejmującego swym zasięgiem ciągi komunikacyjne, izolatki, sale ogólne oraz teren przyległy do Oddziału. Część z pracowników agencji została przeszkolona z zakresu stosowania środków przymusu bezpośredniego, lecz zgodnie z informacją odebraną w tym zakresie od ordynatora Oddziału oraz pracownika agencji ochrony obecnego w dniu wizytacji, żaden z pracowników ochrony nie uczestniczy w stosowaniu takich środków. Ich obecność w takich sytuacjach ma charakter stricte prewencyjny. Zgodność twierdzeń z rzeczywistością potwierdzona została podczas oglądu wybranych przez przedstawicieli KMP nagrań ze stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec pacjentów przebywających w Oddziale.

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



## 5. Traktowanie

Z informacji uzyskanych na podstawie analizy Zeszytu zdarzeń niepożądanych prowadzonych w Oddziale IX oraz z informacji udzielonej przez ordynator Oddziału wynika, że w okresie 05.03 – 16.08.2012 r. wśród takich zdarzeń odnotowano 7 pobić pacjentów przez innych pacjentów; zadrapanie, samookaleczenie oraz narażenie pacjentki przez inną pacjentkę na zakażenie. W pozostałych Oddziałach objętych wizytacją prewencyjną Mechanizmu, z informacji uzyskanych od ich władz wynika, że w ciągu ostatniego roku nie odnotowano wydarzeń nadzwyczajnych z udziałem pacjentów internowanych.

Analiza Zeszytów zdarzeń niepożądanych wskazuje na dysproporcję pomiędzy liczbą takich zdarzeń, a liczbą zastosowanych środków przymusu bezpośredniego (Szczególnie w oddziałach IX B i IX C). W ocenie Mechanizmu przewaga liczby środków przymusu bezpośredniego nad liczbą zdarzeń niepożądanych świadczyć może o niewidencjonowaniu wszystkich takich zdarzeń. W związku z tym Mechanizm zaleca weryfikację jego opinii, a w przypadku jej potwierdzenia – zmianę praktyki prowadzenia Zeszytów poprzez ewidencjonowanie wszelkich zdarzeń niepożądanych.

Przymus bezpośredni w Oddziale IX (przytrzymanie, przymusowe podanie leków, unieruchomienie w pasach, izolotka) w okresie ubiegłego roku do dnia wizytacji, stosowano łącznie 119 razy wobec pacjentów internowanych w trzech pododdziałach A, B i C. Dominującymi środkami było unieruchomienie za pomocą pasów (99) oraz przytrzymanie (8). W Oddziale III B i D liczba zastosowanych środków przymusu bezpośredniego (innych aniżeli unieruchomienie) w 2011 r. wyniosła 60, zaś w roku bieżącym do dnia wizytacji 38. Samo unieruchomienie w oddziałach o podstawowym zabezpieczeniu nie było stosowane w roku bieżącym; w ubiegłym zaś zastosowano je wobec jednego z pacjentów.

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji, wizytując Oddział IX zapoznali się ponadto z dwoma wybranymi, spośród dostępnych nagrań, przypadkami stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec pacjentów internowanych. W obu przypadkach zastosowany środek polegał na unieruchomieniu pacjenta za pomocą pasów obezwładniających; także w obu unieruchomienie nastąpiło w salach

ogólnych – miejscach pobytu pacjentów poddanych środkom przymusu bezpośredniego. Ogląd nagrań połączony został również z analizą stosownej dokumentacji. W wyniku opisanych czynności pracownicy Mechanizmu przekazali podczas podsumowania wizytacji ordynator Oddziału IX uwagi, które związane były z przeanalizowanymi przypadkami. Przedstawiciele zwrócili uwagę na brak zagwarantowania intymności w trakcie stosowania środków, o której mowa w § 7 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. z 2012 r., poz. 740). W obu przypadkach, unieruchomieni za pomocą pasów pacjenci, pozostawali w ogólnych salach bez jakiegokolwiek osłonięcia, np. za pomocą parawanu, od reszty współpacjentów przebywających w tym czasie w salach. Analiza dokumentacji ze stosowania wspomnianych środków wykazała, że karty kontroli stanu pacjenta unieruchomionego wypełnione zostały niezgodnie z rzeczywistością, którą pracownicy Mechanizmu mieli okazję zaobserwować oglądając materiał video. W pierwszym z przypadków, pomimo wypełnienia karty kontroli, sprawdzeniu stanu pacjenta unieruchomionego nie miało w rzeczywistości miejsca; w drugim zaś – godziny kontroli przeprowadzanych faktycznie nie pokrywały się z godzinami odnotowanymi w kartach. W związku z tym Krajowy Mechanizm Prewencji zaleca w tym miejscu bezwzględne przestrzeganie przepisów wspomnianego wyżej rozporządzenia.

Z rozmów z pacjentami oraz obserwacji wizytujących wynika, że atmosfera panująca w Oddziałach jest wolna od napięć. Pacjenci nie zgłaszali żadnych zastrzeżeń w kwestii traktowania ich przez personel, chwalili warunki pobytu i atmosferę. Wskazywali, że wśród pracowników mają osoby zaufane, z którymi mogą porozmawiać na wszystkie tematy.

## **6. Dyscyplinowanie**

W każdym ze zwizytowanych Oddziałów obowiązują Karty Praw Pacjenta jednostki psychiatrycznej w Gorzowie Wlkp. zawierające podstawowe prawa i obowiązki dostosowane w swej treści do typu zabezpieczeń w każdym z nich.

Poza Kartą Praw Pacjenta jednostki psychiatrycznej w Gorzowie Wlkp., prawa i obowiązki pacjentów internowanych opisane są w Regulaminie Oddziału Psychiatrycznego (III, X). W Oddziale IX, prawa i obowiązki takich pacjentów zostały spisane w dwóch odrębnych dokumentach – Regulaminie Oddziału Psychiatrii Sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu oraz w Procedurze postępowania z pacjentem przebywającym w Oddziale Psychiatrii Sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu celem realizacji środka zabezpieczającego w postaci internacji.

Obowiązujące uregulowania nie wprowadzają odpowiedzialności dyscyplinarnej. Zawierają zaś postanowienie o odpowiedzialności materialnej ponoszonej przez pacjenta za szkody w mieniu Szpitala powstałe z jego winy.

Odpowiedzialność za przekroczenie postanowień w/w aktów (poza wyżej wskazaną odpowiedzialnością finansową) została opracowana w formie odrębnego dokumentu tylko dla pacjentów internowanych w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia („Przywileje oraz konsekwencje za złamanie regulaminu Oddziału”). Najogólniej rzecz ujmując, zastosowanie odpowiedzialności polega w praktyce na pozbawieniu przywilejów, które pacjent uzyskał w związku z przestrzeganiem postanowień w/w aktów. Zgodnie z treścią dokumentu „System przyznawania przywilejów oraz konsekwencji za złamanie regulaminu Oddziału”, osoba internowana naruszająca zasady określone w Regulaminie oraz Karcie Praw Pacjenta zostaje pozbawiona nabytego wcześniej przywileju mocą decyzji zespołu terapeutycznego, w skład którego wchodzi: lekarz, psycholog, pielęgniarz oddziałowy oraz terapeuta zajęciowy.

Pierwszy ze wskazanych wyżej dokumentów wymienia 4 zasadnicze przywileje. Są nimi: możliwość zamówienia posiłku z wybranego zakładu gastronomicznego (2 razy w miesiącu); korzystanie z własnego sprzętu elektronicznego (mp3, konsola do gier, laptop); zorganizowanie przyjęcia z okazji urodzin/imienin w sali terapii zajęciowej; popołudnie filmowe – uczestnictwo w projekcji filmu w sali terapii zajęciowej.

Przedstawiciele KMP nie odebrali w trakcie rozmów z pacjentami sygnałów świadczących o stosowaniu odpowiedzialności zbiorowej, lub karaniu w inny sposób, aniżeli pozbawianiem nabytych przywilejów.

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

W oddziałach o wzmocnionym zabezpieczeniu oprócz ordynatora pracuje jeden lekarz w każdym z nich, zaś w oddziałach o podstawowym poziomie zabezpieczenia, 1 lekarz przypada na każdy pododdział.

Pacjenci mają dostęp do wszystkich leków psychiatrycznych (także nowej generacji), a także do leków internistycznych oraz innych specjalistycznych. Nie ma żadnych trudności w dostępie do lekarzy specjalistów ze względu na funkcjonowanie oddziałów psychiatrycznych w kompleksie Szpitala Wojewódzkiego.

W ramach oddziału psychiatrycznego męskiego o podstawowym poziomie zabezpieczenia, zapewniona jest dostępność leczenia elektrowstrząsami dla wszystkich potrzebujących (ze wskazaniami pacjentów w oddziałach psychiatrycznych).

Zabiegi te są wykonywane w odrębnym odpowiednio przystosowanym i wyposażonym pomieszczeniu, w ogólnym znieczuleniu i zwiotczeniu prowadzonym przez anestezjologa. Pacjent uzyskuje informacje o proponowanym leczeniu i podpisuje zgodę na odpowiednim formularzu zgody na zabieg o podwyższonym ryzyku. Zabiegi nie są wykonywane często (1-2 razy/rok). Diagnostyczne punkcje lędźwiowe wykonuje neurolog konsultujący, również za odrębną zgodą pacjenta podpisywaną na specjalnym formularzu.

Z przeanalizowanych zeszytów raportów pielęgniarских wynika, że wpisy dokonywane są codziennie. Wpisy są czytelne i jednoznaczne. Odnotowywani są pacjenci wymagający szczególnej uwagi, dozoru, obserwacji.

Pielęgniarki prowadzą również indywidualne obserwacje na standaryzowanych drukach, każdego pacjenta podczas dziennej i nocnej zmiany.

Dla pacjentów z zachowaniami agresywnymi prowadzone są karty monitorowania zachowań niewłaściwych i agresywnych.

Karty zleceń lekarskich (terapii) są zmodyfikowane stosownie do aktualnych przepisów prawa.

Krajowy Mechanizm Prewencji pragnie w tym miejscu zwrócić uwagę, że bilans finansów oddziałów psychiatrycznych nie jest zrównoważony, co wiąże się z powszechnym niedoszacowaniem w kontraktach z NFZ świadczeń szpitalnych psychiatrycznych. Lekarze z wizytowanych oddziałów zwrócili uwagę

przedstawicielom Mechanizmu, iż pacjenci geriatryczni, chorzy somatycznie i detoksykowani w oddziałach ogólnopsychiatrycznych są opłacani przez NFZ według takich samych stawek jak inni pacjenci, podczas gdy w oddziałach detoksykacyjnych, lub psychogeriatrycznych ci sami pacjenci są opłacani według wyższych stawek. Schorzenia somatyczne leczone w oddziałach psychiatrycznych nie są dodatkowo refundowane, podczas gdy w oddziałach internistycznych i innych specjalistycznych są kalkulowane i refundowane według kosztów wykonanych procedur. W ocenie Mechanizmu sytuacja ta prowadzi do zadłużania jednostek udzielających całodobowych świadczeń z zakresu psychiatrii. Co więcej, stanowi ona przejaw dyskryminacji chorych psychicznie w systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Krajowy Mechanizm Prewencji poprzestaje w tym miejscu jedynie na zasygnalizowaniu zidentyfikowanego problemu systemowego.

W Oddziałach obowiązuje bezwzględny zakaz palenia. Pacjenci używający wyrobów tytoniowych, w początkowym okresie pobytu w szpitalu, mogą otrzymać substytut tytoniu (nicorette). Odbywają się ponadto zajęcia edukacyjne w ramach terapii uzależnień, które mają pomóc w utrzymaniu abstynencji nikotynowej. Pomimo istniejącego zakazu palenia, pojedyncze osoby i ich rodziny próbują przemycać papierosy w paczkach żywnościowych, czy poprzez dokonywanie przerzutów przez okno lub parkan ogrodu. Przeprowadzane są oficjalne kontrole paczek – w obecności pacjenta, a znalezione papierosy są konfiskowane, podobnie jak inne niebezpieczne przedmioty. Rodziny są informowane o zakazie palenia i posiadania niebezpiecznych przedmiotów. Jednak pacjenci w rozmowach ujawniali możliwość „zdobycia” papierosów i pokątnego palenia.

Pacjenci – rozmówcy przedstawiciele KMP dobrze ocenili dostępność do świadczeń medycznych, zarówno podstawowego jak i specjalistycznego stopnia. Zdecydowana większość pacjentów wiedziała jakie leki przyjmuje. Dodawali, że lekarze zlecając leki biorą pod uwagę wypowiedzi pacjentów co do samopoczucia związanego z przyjmowaniem konkretnego medykamentu. Jeśli wyraźnie im nie służy – zmniejszają dawkę lub ordynują inny. Powszechnie krytykowany był jednakże zakaz palenia.

## **8. Prawo do skargi**

W czasie przeprowadzania wizytacji, na terenie wizytowanego Szpitala nie było 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. W związku z tym, przedstawiciele KMP nie mieli możliwości rozmowy dotyczącej skarg zgłaszanych przez pacjentów wizytowanych oddziałów.

Z informacji przekazanych pracownikom KMP przez ordynator Oddziału IX wynika, że z dniem 2 listopada 2012 r. Szpital pozyskał Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

Sytuację w zakresie uświadamiania pacjentów wizytowanych Oddziałów o możliwości składania skarg oraz organów kompetentnych do ich rozpatrzenia, Krajowy Mechanizm Prewencji ocenia dobrze. We wszystkich zlustrowanych oddziałach, znajdowały się tablice informacyjne zawierające niezbędne dane teleadresowe instytucji stojących na straży przestrzegania ich praw. Mając jednakże na uwadze kompetencje Rzecznika Praw Obywatelskich do rozpatrywania skarg obywateli na szeroko rozumianą opiekę medyczną, wskazane w ocenie Mechanizmu byłoby poszerzenie katalogu wspomnianych organów o urząd Rzecznika Praw Obywatelskich wraz z informacją nt. bezpłatnej infolinii działającej pod numerem 800 676 676, w godzinach 10.00 – 18.00 (poniedziałki) i 8.00 – 16.00 (wtorek-piątek).

Pacjenci, z którymi rozmawiali pracownicy KMP nie korzystali z prawa do skargi. Dodawali, że problemy, z którymi się zwracają załatwiane są od ręki. Co więcej personel jest czujny, przez co zapobiega działaniom niepożądanym, gwarantując poczucie bezpieczeństwa.

## **9. Prawo do informacji**

Lustracja oddziałów, w których przebywali pacjenci internowani wskazuje, że prawo przebywających w nich osób do szeroko rozumianej informacji jest przestrzegane. Tablice informacyjne wywieszane w ogólnodostępnych miejscach (korytarze oddziałów, sale terapii zajęciowej) zawierały niezbędne informacje o porządku dnia w Oddziale, zasadach kontaktu osobistego, telefonicznego lub

korespondencyjnego z innymi osobami, korzystania z opieki duszpasterskiej oraz innych praw pacjenta (lub ich ograniczeń), a także adresów instytucji, do których mogą się zwrócić w przypadku ich łamania.

Na tablicach wyeksponowano ponadto kwestie związane z możliwością składania skarg w oddziałowej książce skarg i wniosków dostępnej, podobnie jak ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, w gabinecie zabiegowym. Również w taki sam sposób, co porządek dnia czy zasady odwiedzin w oddziałach (poprzez umieszczenie konkretnych informacji w miejscach ogólnodostępnych), pacjenci informowani są także o dniach i godzinach, w których oni, lub ich rodziny mogą spotkać się z lekarzem prowadzącym i ordynatorem w celu otrzymania informacji na temat ich aktualnego stanu zdrowia. Na tablicach wywieszono są wreszcie prawa i obowiązki przysługujących pacjentom w konkretnych oddziałach.

Krajowy Mechanizm Prewencji bardzo dobrze ocenia funkcjonujący w wizytowanej placówce dostęp pacjentów do informacji związanych z ich pobyt w Szpitalu. Również czytelne i spisane powszechnie zrozumiałym językiem prawa oraz obowiązki pacjentów Szpitala, zawarte w dokumentach, o których mowa w punkcie 6 niniejszego Raportu, zasługują na uznanie.

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

Korespondencja pacjentów nie jest ograniczana, jedynie w przypadku osób aresztowanych podlega cenzurze organu dysponującego. Aresztowani mają prawo do spotkań z obrońcą, pełnomocnikiem będącym adwokatem oraz do korespondencji z nim.

Pacjenci mają prawo do korzystania z telefonu na kartę; nie mają własnych telefonów komórkowych. W przypadku aresztowanych potrzebna jest zgoda sądu na korzystanie z telefonu.

Każdy oddział ma dostęp do biblioteki, prasy oraz telewizji.

Spacerów odbywają się pod opieką personelu 2 razy dziennie przez 60 minut. W oddziałach o wzmocnionym zabezpieczeniu pod opieką personelu na wydzielonym, ogrodzonym terenie, w przypadku aresztowanych na osobnym terenie o dodatkowym

zabezpieczeniu, w przypadku pacjentów z oddziałów o podstawowym poziomie zabezpieczenia, pod opieką personelu na ogólnym terenie szpitalnym.

Odwiedziny osób z zewnątrz – członków rodziny, znajomych, mogą odbywać się codziennie bez ograniczeń w godz. 8.00 - 18.00, w przeznaczonym do tego pomieszczeniu. W przypadku osób aresztowanych widzenia odbywają się za zgodą organu dysponującego i pod kontrolą personelu.

Spotkania z dziećmi do lat 14 nie odbywają się z powodu braku odrębnego pomieszczenia gwarantującego ochronę odwiedzających przed możliwymi negatywnymi następstwami wynikającymi z odbywania takich widzeń w oddziałach psychiatrycznych. Krajowy Mechanizm Prewencji zaleca w tym miejscu stworzenie przystosowanego do widzeń z dziećmi pomieszczenia, umiejscowionego poza oddziałami psychiatrycznymi. Zalecenie to wzmocnione jest również samym stanowiskiem personelu lekarskiego wizytowanej placówki, z którego wypowiedzi wynika, że nie są przeciwni odbywaniu widzeń pacjentów z dziećmi, doceniając pozytywny wpływ takich spotkań na proces leczenia.

Kwestią 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 (oraz innych) najbliższej osoby jest szczególnie ważnym przeżyciem i doświadczeniem w życiu każdego człowieka. Brak możliwości udziału pacjenta w tego typu wydarzeniach, w szczególności w przypadkach, gdy przebywa w szpitalu przez kilka lub kilkanaście lat, może mieć istotny wpływ na stan jego zdrowia. Takie sytuacje stanowią ponadto ingerencję w prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Z drugiej zaś strony brak ustawowej możliwości zastosowania przepustki w wykonywaniu internowania wobec osób umieszczonych w szpitalu psychiatrycznym jest zamierzonym działaniem ustawodawcy, warunkowanym



przede wszystkim istotą i celem tych środków. Środki zabezpieczające stanowią specyficzną instytucję prawną. Można je stosować tylko wtedy, gdy jest to niezbędne. Nie orzeka się ich - w przeciwieństwie do kary pozbawienia wolności - na czas oznaczony. Stąd właśnie nie mogą one trwać dłużej, aniżeli jest to konieczne z punktu widzenia stanu zdrowia osoby, wobec której są stosowane. Mają one prewencyjny, a nie represyjny charakter i są wykonywane przez poddanie internowanego leczeniu, terapii, rehabilitacji oraz resocjalizacji w celu poprawy jego zdrowia i zachowania, w stopniu umożliwiającym powrót do życia w społeczeństwie<sup>1</sup>.

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

W rozmowach z członkami Mechanizmu pacjenci skarżyli się powszechnie na brak możliwości „sprawdzenia się na wolności” (przepustek). Pozytywnie ocenione zostały wszelkie formy kontaktu ze światem zewnętrznym opisane w niniejszym punkcie.

## **11. Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne**

W oddziałach o podstawowym i o wzmocnionym zabezpieczeniu funkcjonuje społeczność terapeutyczna. Zebrania odbywają się 2 razy w tygodniu, zgodnie z rozkładem tygodniowym, mogą być zwołane doraźnie gdy zachodzi taka potrzeba. Społeczność wybiera osoby pełniące role starosty, sekretarza, dyżurnych. W oddziałach o podstawowym zabezpieczeniu jest stworzony ramowy program terapii poza farmakologiczną obejmującej psychoedukację, treningi umiejętności, terapię zajęciową zajęcia rekreacyjne. Oddziały te współpracują z pracownikami socjalnymi pomocy społecznej w Gorzowie Wielkopolskim. Pacjentów z zachowaniami zagrażającymi bezpieczeństwu innych nie wypuszcza się na zajęcia terapeutyczne odbywające się poza oddziałem. Inni są doprowadzeni przez personel.

W oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu realizowany jest 3 etapowy program terapeutyczny. Jest to program autorski ordynatora oddziału. Realizuje go zespół

---

<sup>1</sup> Por. Przyjemski Stanisław M., *Glosa do postanowienia SN z dnia 28 września 2006 r.*, I KZP 23/06.

terapeutyczny złożony z ordynatora, lekarzy, psychologów, terapeutów uzależnień, terapeutów zajęciowych, pracownika socjalnego, pielęgniarki/pielęgniarek. Na podstawie oceny stanu psychicznego, diagnozy psychologicznej, oceny funkcjonowania i deficytów każdy z pacjentów zostaje zakwalifikowany przez zespół terapeutyczny do grupy etapu I, etapu II i etapu III. Zespół zbiera się co 3 miesiące, analizuje u każdego pacjenta indywidualnie postępy terapii, funkcjonowanie i zachodzące zmiany, oraz kwalifikuje do kolejnego etapu. Możliwe jest też powtarzanie etapu, lub cofnięcie na poprzedni etap. Zadaniem na poszczególnych etapach są:

Etap I – leczenie ostrych objawów, kształtowanie wglądu i współpracy;

Etap II - akceptacja leczenia i współpraca w terapii;

Etap III – terapia właściwa, praca nad osobistymi problemami, terapia indywidualna i w grupach dostosowana do rodzaju i przebiegu zaburzeń psychicznych, praca z rodziną przygotowująca do przyjęcia wspierania pacjenta po wypisie ze szpitala (psychoedukacja).

Krajowy Mechanizm Prewencji bardzo wysoko ocenia opisany powyżej program, doceniając przede wszystkim jego funkcję informacyjną. Dzięki jego stworzeniu, każdy z pacjentów posiada realną możliwość śledzenia własnych postępów warunkujących zaliczenie kolejnych etapów, a w konsekwencji zmianę warunków odbywania środka zabezpieczającego ze wzmocnionych na podstawowe. Pozytywna ocena programu przez Mechanizm jest tym bardziej zasadna, gdyż została poparta pochlebnymi opiniami samych pacjentów, z którymi jego przedstawiciele KMP rozmawiali podczas wizytacji Oddziału.

Psychologowie okresowo ustalają indywidualne „plany terapii” zawierające szczegółowe cele i zestaw oferowanych metod. Zajęcia terapeutyczne odbywają się przez 7 godzin dziennie – przed i po południu. Obejmują: terapię psychologiczną indywidualną i grupową (grupy otwarte i zamknięte), zajęcia edukacyjne (psychoedukacja, promocja zdrowia, wiedza o społeczeństwie), różne formy terapii zajęciowej, zajęcia rekreacyjne w pomieszczeniach (wieczorki) i na dworze (grille), treningi umiejętności, terapię uzależnień (indywidualną, grupową, samopomocową) inne zajęcia (klub książki czytanej, dziennik telewizyjny, gazetka ścienna).

W przypadkach zaistnienia takiej potrzeby realizowane są doraźne interwencje zespołu terapeutycznego. Organizowane są też zajęcia autorskie np. prezentacja własnej muzyki, wystawienie spektaklu przygotowanego przez grupę osób. Zapraszanie gości z zewnątrz np. prelegentów, artystów jest problematyczne z uwagi na zdarzające się incydenty agresji słownej ze strony pacjentów i brak regulacji prawnej sposobu zabezpieczenia osoby zapraszanej z zewnątrz.

Uczestnictwo i aktywność w zajęciach terapeutycznych są monitorowane, oceniany jest postęp i zmiana w zachowaniach pacjenta. Wyniki tych obserwacji i ocen są podstawą do decyzji o przejściu pacjenta do kolejnego etapu terapii. Pacjenci wiedzą jak są oceniani i na jakim etapie terapii się znajdują, oraz że do zwolnienia z internacji niezbędne jest przejście przez wszystkie 3 etapy. System ten motywuje i aktywizuje pacjentów, dając im poczucie możliwości wpływania na swoją sytuację w dłuższej perspektywie czasowej.

Pacjenci, z którymi rozmawiali przedstawiciele Mechanizmu byli zorientowani co do zajęć, w których biorą udział. Zdarzały się pojedyncze głosy, że poziom niektórych zajęć jest zbyt infantylny.

## **12. Warunki bytowe**

Oddziały psychiatryczne w Gorzowie Wielkopolskim znajdują się w kompleksie szpitalnym przy ulicy Walczaka 42. Oddziały te razem ze znajdującymi się tu oddziałami: detoksykacyjno-odwykowym, internistycznym, chorób płuc i reumatologii, oraz 3 oddziałami rehabilitacji (neurologicznej, ogólnej całodobowy i dzienny) są organizacyjnie włączone w strukturę Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim, mieszczącego się przy ulicy Dekerta 1. Szpital Wojewódzki posiada przy ulicy Dekerta oprócz czterech podstawowych dyscyplin medycznych, także oddziały specjalistyczne - zabiegowe i niezabiegowe. Zarząd całego szpitala mieści się także przy ulicy Dekerta.

Organizacyjne połączenie dawnego szpitala psychiatrycznego z wielospecjalistycznym szpitalem wojewódzkim zwiększyło dostępność świadczeń medycznych podstawowych i specjalistycznych dla pacjentów oddziałów psychiatrycznych w ramach tego samego szpitala .

Kompleks szpitalny przy ulicy Walczaka znajduje się na rozległym ogrodzonym terenie parkowym w ponad 100 letnich budynkach byłego niemieckiego prowincjonalnego Zakładu dla Obłąkanych (Provinzial Irrenanstalt Landsberg) wybudowanego tu w latach 1886 - 1888.

Aktualnie w kompleksie szpitalnym przy ulicy Walczaka mieszczą się dwa liczące po 48 łóżek oddziały ogólnopsychiatryczne oraz 6 łóżek detoksykacyjnych w jednym z nich, umieszczone w osobnych wyremontowanych i zmodernizowanych pawilonach i podzielone na dwa pododdziały - każdy. Jeden z nich, przeznaczony jest dla mężczyzn i dysponuje 14 miejscami dla podsądnych (o podstawowym stopniu zabezpieczenia). Drugi oddział - dla kobiet ma 2 miejsca o podstawowym stopniu zabezpieczenia dla internowanych kobiet.

Oddziały sądowo psychiatryczne o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia znajdują się w osobnym budynku, który posiada wydzielony teren ogrodowo-spacerowy. W budynku znajdują się 4 oddziały:

1. dwa oddziały psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla mężczyzn – 55 łóżek;
2. oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla kobiet - 30 łóżek oraz
2. oddział psychiatrii sądowej leczenia odwykowego od alkoholu w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia - 32 łóżka.

Budynek, w którym znajdują się oddziały o wzmocnionym zabezpieczeniu jest zamknięty, jego wejście jest monitorowane. Ponadto, wewnątrz budynku poszczególne oddziały są zamknięte, a wejścia do nich też monitorowane. Na spacerach pacjenci wychodzą przez odrębne wyjścia osobne dla oddziałów męskich, kobiecego i aresztantów. Przestrzeń spacerową, odrębną dla wymienionych grup, są wydzielonymi obszarami parku – ogrodu przylegającego do budynku. Teren spacerowy dla pacjentów aresztowanych jest zabezpieczony dodatkowo od góry siatką.

Wszystkie oddziały o wzmocnionym zabezpieczeniu są wyposażone w monitoring wszystkich sal i korytarzy, oraz w monitorowaną izolatkę. Okna są zamknięte na

zamek, mają szyby odporne na stłuczenie, a w części otwieranej zabezpieczone są kratą.

W oddziałach o podstawowym zabezpieczeniu drzwi są zamknięte. Okna są również zamknięte na zamek, mają szyby odporne na stłuczenie, a w części otwieranej są zabezpieczone kratą. W oddziałach o podstawowym zabezpieczeniu nie ma monitoringu, ani izolatek, ale są odcinki z salami obserwacyjnymi, które dzięki drzwiom przeszklonym w górnej części umożliwiają obserwację pacjentów. Pacjenci podsadni z oddziałów o podstawowym stopni zabezpieczenia wychodzą na spacer na teren ogólny szpitala pod opieką personelu

Salę są 3-6 osobowe. W każdym oddziale znajduje się stołówka – świetlica gdzie spożywane są posiłki w wyznaczonych porach, według wywieszonego jadłospisu. Dostępna jest tu też bez ograniczeń możliwość wypicia kawy lub herbaty. Pacjenci mają też możliwość przechowania produktów w lodówce oraz ich podgrzania w mikrofalówce – za pośrednictwem personelu.

Poza wyżywieniem oferowanym pacjentom przez Szpital, mają oni możliwość dokonywania raz w tygodniu zakupów, poprzez złożenie na kartce zamówienia, którego realizacją zajmuje się personel. Personel dostarcza zakupiony towar wraz z rachunkami fiskalnymi ze sklepu. Podpisane przez pacjentów paragony stanowią dyspozycje dla szpitala do przelania konkretnych kwot z depozytów pacjenta. Pacjenci ubezwłasnowolnieni dokonują zakupów dysponując swymi pieniędzmi na podstawie zgody opiekuna, lub opiekun przysyła im paczki. Każdy pacjent prowadzi swój zeszyt budżetowy.

Zarówno oddziały podstawowego zabezpieczenia, jak i oddziały wzmocnionego zabezpieczenia posiadają pomieszczenia do terapii zajęciowej, do których pacjenci chodzą pod opieką personelu. Oddziały o wzmocnionym zabezpieczeniu mają ponadto na najwyższej kondygnacji pomieszczenia do psychoterapii i indywidualnej i grupowej.

Krajowy Mechanizm Prewencji pragnie zwrócić w tym miejscu uwagę, że warunki panujące w Oddziale X wykazują znacznie niższe standardy niż te, które stworzono dla pacjentów w pozostałych dwóch oddziałach. Cały oddział X wymaga, w ocenie KMP, przeprowadzenia remontu polegającego na odświeżeniu wszystkich

pomieszczeń wraz z poszerzeniem futryn w drzwiach do sal pacjentów, na szerokość umożliwiającą wjazd pacjenta na wózku. Ze względu na małą powierzchnię, na której funkcjonują obecnie sale terapii zajęciowej w Oddziale X, wskazanym byłoby pozyskanie środków finansowych na przeprowadzenie remontu nieużywanej części strychu budynku, w którym mieści się Oddział i zaadaptowaniu powstałych w ten sposób pomieszczeń na potrzeby sal terapeutycznych.

Nie ma wyodrębnionej izby przyjęć w kompleksie oddziałów o wzmocnionym zabezpieczeniu. W ocenie KMP, zasadnym, byłoby wyodrębnienie takiej izby przyjęć w kompleksie Oddziału IX, ze względu na pojemność tego oddziału.

W rozmowach z personelem sygnalizowany był także problem zbyt małej liczby miejsc w oddziałach o podstawowym poziomie zabezpieczenia. Pacjenci kończący terapię w oddziale o zabezpieczeniu wzmocnionym często mają wskazania, aby przed wypisem do domu znaleźli się w oddziale o zabezpieczeniu podstawowym. Tymczasem brak miejsc powoduje przedłużanie ich pobytu o czas oczekiwania w kolejce do oddziału podstawowego zabezpieczenia. Z informacji uzyskanych przez przedstawicieli Mechanizmu od ordynatora Oddziału IX wynika jednakże, że planowane jest utworzenie dodatkowego oddziału dysponującego warunkami podstawowego zabezpieczenia, przeznaczonego dla 30 pacjentów.

W kwestii warunków bytowych pacjenci nie formułowali uwag. Oceniając wyżywienie, część pacjentów wskazywała na kilka potraw, które są „niejadalne”: zupa koperkowa, pulpety.

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

Na tablicach informacyjnych w poszczególnych oddziałach znajdują się numery telefonów kapelana katolickiego i innych wyznań (np. Kościół Zielonoświątkowy, Świadkowie Jehowy). Ksiądz katolicki przychodzi do pacjentów w oddziałach raz w tygodniu. Pacjenci mają prawo do spotkań z kapłanem. W każdą niedzielę na terenie kompleksu szpitalnego jest odprawiana msza św. w kaplicy. Mogą w niej brać udział tylko internowani w oddziałach o podstawowym poziomie zabezpieczenia. W oddziałach o wzmocnionym poziomie zabezpieczenia, msza św. dostępna jest za pośrednictwem telewizji.

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

#### **14. Wnioski.**

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:

##### **I. Dyrektorowi Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.**

1. bezwzględne przestrzeganie warunków stosowania środka przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia, które określono w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. z 2012 r., poz. 740);
2. zatrudnienie dodatkowego lekarza psychiatry na dyżurze;
3. stworzenie izby przyjęć w Oddziale IX;
4. doprowadzenie do finalizacji projektu zakładającego stworzenie dodatkowego oddziału psychiatrycznego dysponującego warunkami podstawowego zabezpieczenia;
5. kontynuację zwiększania zatrudnienia personelu w oddziałach dysponujących warunkami wzmocnionego zabezpieczenia, w celu osiągnięcia wskaźnika wymaganego przepisami prawa;
6. stworzenie pomieszczenia do widzeń pacjentów z dziećmi;
7. zrewidowanie praktyki prowadzenia Zeszytów zdarzeń niepożądanych w Oddziale IX, zgodnie z treścią p. 5 niniejszego Raportu.

##### **II. Marszałkowi Województwa lubuskiego:**

1. wsparcie finansowe realizacji przez Szpital zaleceń wymagających nakładów pieniężnych (p. 2 – 6).