

Warszawa, dnia 14 lutego 2020 r.

KMP.574.2.2019.JJ

**Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur  
z wizytacji Mazowieckiego Specjalistycznego Centrum Zdrowia im. prof. Jana  
Mazurkiewicza z siedzibą w Pruszkowie  
(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 na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 24-26.06.2019 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (zwany dalej: KMPT) przeprowadził wizytację Mazowieckiego Specjalistycznego Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza z siedzibą w Pruszkowie (zwanego dalej: MSCZ, Centrum, placówką, Szpitalem).

W skład zespołu wizytującego wchodził: dr Justyna Józwiak (socjolog), Rafał Kulas (prawnik), Aleksandra Osińska (psycholog), Aleksandra Nowicka (kryminolog, specjalista ds. bezpieczeństwa). W wizytacji uczestniczyła również ekspertka zewnętrzna lek. med. Agnieszka Welento-Nowacka (psychiatra). Wyniki jej ekspertyzy zostały włączone w treść raportu.

Celem wizytacji KMPT, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzenie sposobu traktowania osób przebywających w szpitalu, w celu wzmocnienia, jeśli to niezbędne, ich ochrony przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawianie rekomendacji właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków pobytu pacjentów i zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, mając na uwadze odpowiednie standardy organizacji międzynarodowych.

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- a) przeprowadzono rozmowy z Wojciechem Legawcem – Dyrektorem Szpitala oraz Anną Mosiołek – zastępczynią Dyrektora ds. Lecznictwa;
- b) przeprowadzono rozmowy z wybranymi pracownikami oraz pacjentami Szpitala;
- c) dokonano oglądu wybranych oddziałów Szpitala;
- d) dokonano analizy dokumentacji oraz zapisów z monitoringu;
- e) wykonano dokumentację fotograficzną oraz użyto dalmierza w celu pomiaru powierzchni niektórych pomieszczeń.

Przedstawiciele KMPT poinformowali Dyrektora Szpitala oraz zastępczynię Dyrektora ds. Lecznictwa o wstępnych ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności oraz wysłuchali ich uwag i wyjaśnień.

Podczas wizytacji w przedmiocie zainteresowania KMPT każdorazowo pozostają zagadnienia związane m.in. z: legalnością pobytu pacjentów w placówce, ich traktowaniem oraz dyscyplinowaniem przez personel, prawem do informacji, mechanizmem skargowym, możliwością utrzymywania kontaktu z osobami spoza placówki, ochroną zdrowia, a także warunkami bytowymi. W raporcie wskazano jedynie obszary pozytywnie wyróżniające placówkę na tle innych dotychczas wizytowanych przez KMPT (dobre praktyki) oraz obszary stwarzające ryzyko wystąpienia przemocy w postaci tortur, nieludzkiego i poniżającego traktowania lub karania. W punkcie 5 raportu opisano problemy systemowe wymagające zmiany obowiązującego prawa.

## **2. Zakaz represji**

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. pacjent, pracownik placówki, członek rodziny, inna osoba) lub organizacja, która przekazała KMPT informację, nie może ponieść jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie czy udzieliła informacji prawdziwej, czy fałszywej.

*Wskazany przepis OPCAT stanowi bowiem, że żadna władza lub funkcjonariusz nie nakaże, nie zastosuje, nie pozwoli ani nie dopuści do stosowania jakiegokolwiek sankcji przeciwko jakiegokolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiegokolwiek informacji, prawdziwej bądź fałszywej i żadna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób.*

### 3. Ogólna charakterystyka placówki

Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza działa w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Podmiotem tworzącym Centrum jest Samorząd Województwa Mazowieckiego. W skład Centrum wchodzi m.in. 8 oddziałów ogólnopsychiatrycznych, oddział psychogeriatryczny, neurologiczny, udarowy, detoksykacji alkoholowej, zakład opiekuńczo-leczniczy, psychiatryczny zespół leczenia środowiskowego, a także oddziały dzienne.

Celem delegacji Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur była wizyta w oddziałach przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających. Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 września 2017 r. w sprawie wykazów zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środka zabezpieczającego określonego w art. 93c pkt 1–3 Kodeksu karnego oraz podmiotów leczniczych przeznaczonych do wykonywania terapii wobec sprawców określonych w art. 93c Kodeksu karnego w zakresie działalności stacjonarnej (M. P. z 2017 r. poz. 865) MSCZ przeznaczone jest do wykonywania środka zabezpieczającego w dwóch poziomach zabezpieczeń: wzmocnionym (35 miejsc) i podstawowym (80 miejsc).

W oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu wykonuje się ponadto badania psychiatryczne połączone z umieszczeniem w zakładzie psychiatrycznym (opinie sądowo-psychiatryczne), także osób tymczasowo aresztowanych. Zdarzają się przypadki wykonywania aresztu na terenie podmiotu leczniczego. W dniu wizytacji przedstawiciele KMPT na oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu przebywało 44 mężczyzn (w tym 2 tymczasowo aresztowanych). Podstawowe zabezpieczenie wykonywane było wobec 94 pacjentów, w tym 7 kobiet (43 pacjentów przebywało na oddziale o podstawowym zabezpieczeniu, zaś pozostałych rozlokowano w oddziałach ogólnopsychiatrycznych). Dodatkowo w Szpitalu hospitalizowano 1 kobietę tymczasowo aresztowaną oraz 1 tymczasowo aresztowanego mężczyznę przebywającego w asyście funkcjonariuszy Służby Więziennej (aresztant dowieziony w celu poddania badaniom).

Najdłuższe pobyty wśród aktualnie przebywających pacjentów internowanych, zarówno na wzmocnionym, jak i podstawowym zabezpieczeniu, trwały ok. 6 lat (łącznie 5 pacjentów przyjętych w 2013 r.). W 2018 r. z internacji zwolniono 33 pacjentów, w większości wypisano ich do domów, w pojedynczych przypadkach do domów pomocy społecznej lub do innych szpitali. W 2019 r. wypisano 18 pacjentów, w tym 17 do domu, jeden pacjent przeniesiony został do oddziału o wzmocnionym zabezpieczeniu.

#### 4. Dobre praktyki

W ocenie delegacji na wyróżnienie zasługują następujące praktyki:

1) **Misja Przyjazny Szpital.** MSCZ realizuje Politykę Jakości poprzez stałe dążenie do poprawy procesu leczenia, unowocześnianie i modernizację posiadanej infrastruktury, zakup nowoczesnej aparatury i sprzętu medycznego. W 2015 r. Centrum uzyskało Certyfikat Akredytacyjny przyznany przez Ministra Zdrowia w oparciu o rekomendacje Rady Akredytacyjnej. W procesie akredytacji placówka skorzystała z projektu „Bezpieczny Szpital – Bezpieczny pacjent” współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach EFS. W 2019 r. Centrum przeszło pozytywnie kolejny Przegląd Akredytacyjny. W oparciu o decyzję Rady Akredytacyjnej, Minister Zdrowia ponownie przyznał Certyfikat Akredytacyjny na kolejne 3 lata potwierdzając tym samym, że Szpital nadal spełnia standardy akredytacyjne dla lecznictwa szpitalnego. W Szpitalu w sposób wzorcowy prowadzona jest dokumentacja. Na uwagę zasługuje zestaw procedur regulujących sposób postępowania w szczególnych przypadkach. Na przykład, w Szpitalu prowadzony jest *Rejestr zdarzeń niepożądanych* zawierający datę, miejsce, rodzaj zdarzenia oraz datę jego zgłoszenia. Do tych zdarzeń w szpitalu zaliczane są: upadki, zachowania agresywne, agresja słowna rodziny, spożycie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, zgony nie wynikające ze stanów terminalnych, samowolne oddalenie się, próby samobójcze, powikłania leczenia, błędne podanie leków, przedłużone hospitalizacje, nieplanowane rehospitalizacje, ekspozycje zawodowe. Dodatkowo, funkcjonuje Zespół ds. bezpieczeństwa opieki zdrowotnej i monitorowania zdarzeń niepożądanych, który każde działanie niepożądane analizuje, określa przyczynę jego wystąpienia, planuje działania korekcyjne i ocenia ich wprowadzenie. To niewątpliwie pozwala zadbać o większe bezpieczeństwo pacjentów.

2) **Pomoc tłumacza języka migowego online.** Szpital umożliwia osobom głuchym lub słabosłyszącym korzystanie z pomocy tłumacza języka migowego online. Korzystanie z usługi jest bezpłatne i nie wymaga wcześniejszego umawiania się na wizytę. Z usługi tłumacza języka migowego online można skorzystać poprzez zgłoszenie się ze swoją sprawą do Izby Przyjęć MSCZ, gdzie znajdują się oznakowane stanowiska z dostępem do usługi. Pracownik Szpitala (za pośrednictwem komputera z kamerą) łączy się z tłumaczem języka migowego. Tłumacz pośredniczy w rozmowie między pacjentem a pracownikiem. Rozmowa odbywa się w czasie rzeczywistym. Z usługi można skorzystać także nie

wychodząc z domu. Dostępna jest ona pod linkiem. Po kliknięciu otwiera się strona umożliwiająca połączenie z tłumaczem języka migowego, który będzie pośredniczył w rozmowie z pracownikiem MSCZ.

3) W ocenie ekspertki KMPT ważne jest również to, że **personel chętnie bierze udział w szkoleniach**, podnosi kwalifikacje oraz uczestniczy w konferencjach naukowych, w tym czynnie, dzieląc się swoją wiedzą i doświadczeniem z kolegami z innych szpitali. Jest to istotny element, który pozwala na wydawanie rzetelnych opinii o postępach w leczeniu, gdyż dzięki temu można mieć pewność, że są wydawane zgodnie z najnowszą wiedzą.

## 5. Problemy systemowe

**5.1. Niedofinansowanie, przeludnienie, brak miejsc.** Dużym problemem jest przeludnienie Szpitala. W dniach wizytacji Dyrektor Szpitala zmuszony był wstawić 41 dostawek (w sytuacjach krytycznych liczba ta sięga nawet do 50 dodatkowych łóżek). Pacjenci lokowani są na korytarzach, w świetlicach, zagęszczane są sale chorych, ogranicza się dostęp do łóżek pacjentów z 3 stron, etc.

Zrozumiałe jest, że szpital nie może odmówić przyjęcia pacjenta, jeśli jest wydany nakaz sądu. Jak ustaliła ekspertka KMPT problem tkwi w tym, że często sądy nie biorą pod uwagę zdania Komisji Psychiatrycznej ds. Środków Zabezpieczających, co skutkuje tym, że pacjentom przyznawane jest miejsce, mimo zgłoszenia przez szpital braku miejsc. Konieczne jest zatem zobowiązanie sądów do bezwzględnego konsultowania się i uwzględniania wniosków Komisji Psychiatrycznej ds. Środków Zabezpieczających dotyczących wolnych miejsc w szpitalach, prowadzących leczenie w ramach środków zabezpieczających.

Sytuacja ta dotyczy także innych szpitali w Polsce, co generuje kolejne problemy. Przykładowo w wizytowanym oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu przebywało dwóch pacjentów, wobec których lekarze w opiniach okresowych rekomendowali przeniesienie do oddziałów o podstawowym zabezpieczeniu. Mimo tego pacjenci przebywali w dalszym ciągu w oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu, gdyż w szpitalach wyznaczonych przez Komisję Psychiatryczną ds. Środków Zabezpieczających, gdzie miałyby być kontynuowana internacja w warunkach podstawowego zabezpieczenia, nie było miejsc.

Sytuacja ta prowadzi do ograniczenia swobód obywatelskich pacjenta, opóźnia opuszczenie przez niego szpitala, wydłuża detencję, uniemożliwia skorzystanie z przepustek, które są możliwe na oddziale podstawowym i powoduje przerwę w terapii. Nie jest wskazane,

aby pacjent, wobec którego wydano decyzję/zgodę na internację w warunkach podstawowego zabezpieczenia, oczekiwał i przebywał w dalszym ciągu w rygorze wzmocnionego zabezpieczenia. Konieczne jest w takim przypadku, przynajmniej tymczasowe przenoszenie pacjentów na oddział o podstawowym stopniu zabezpieczenia lub oddział ogólnopsychiatryczny, by umożliwić pacjentowi większą swobodę i zapewnić mu odpowiednie prawa, wynikające z przebywania na oddziale podstawowym.

Rzecznik Praw Obywatelskich już od 2012 r. raportuje polskiemu rządowi o problemie niedofinansowania szpitalnego leczenia psychiatrycznego i skutków z niego wynikających. Jak wskazują ustalenia RPO i KMPT, źródłem tego problemu jest m.in. pomijanie przez NFZ w założeniach finansowych faktu, że poza leczeniem psychiatrycznym szpital musi zapewnić często kosztowniejsze leczenie somatyczne (którego potrzeba szczególnie w przypadku osób starszych jest duża), medykamenty (leki, insulinę dla diabetyków itd.), a także transport na potrzebne konsultacje. KMPT wielokrotnie podkreślał, że zakwaterowanie na korytarzach ogranicza w sposób oczywisty prawo do prywatności chorych. To samo odnosi się do zbyt dużej liczby pacjentów w pokojach. Negatywnie wpływa na proces leczenia, powodując napięcia między pacjentami. W przypadku pacjentów, wobec których wykonywany jest środek zabezpieczający, hospitalizacja w takich warunkach może trwać wiele lat<sup>1</sup>.

Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom (dalej: CPT) wielokrotnie podkreślał, że brak odpowiednich warunków materialnych może prowadzić do nieludzkiego i poniżającego traktowania. Jak podkreślał CPT: *Stworzenie pozytywnego środowiska terapeutycznego obejmuje, w pierwszym rzędzie zapewnienie właściwej przestrzeni życiowej pacjentom (...). 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<sup>2</sup>.*

---

<sup>1</sup> Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2017 r.

<sup>2</sup> Zob. CPT /Inf/E (2002) 1 -Rev. 2011

**5.2. Niedostatek personelu.** W oddziale o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia na 38 pacjentów zatrudnionych jest 3 lekarzy, w tym ordynator oddziału. W oddziale o podstawowym stopniu zabezpieczenia na 44 pacjentów, zatrudnionych jest 3 lekarzy, w tym ordynator oddziału. Zapewnia to standardy ustalone przez NFZ, czyli 1 lekarz na 20 pacjentów. Jest to bezpieczne minimum jakie zapewnia opiekę nad pacjentami.

W całym szpitalu dyżuruje 3 lekarzy psychiatrów i lekarz neurolog. Jeden lekarz psychiatra zajmuje się Izbą przyjęć. Pozostałych dwóch lekarzy psychiatrów opiekuje się około 1000 pacjentów w trakcie dyżuru. Taki podział czynności jest standardem w dużych szpitalach psychiatrycznych. Należy uznać jednak, że liczba ta jest niewystarczająca, zwłaszcza że w ostatnim czasie dyżury psychiatryczne stały się trudniejsze ze względu na zmianę specyfiki pacjenta. Ekspertka KMPT, znając możliwości personalne szpitali psychiatrycznych, rozumie brak zapewnienia większej liczby dyżurujących lekarzy. Patrząc jednak na bezpieczeństwo zarówno personelu, jak i pacjentów liczba dyżurujących lekarzy powinna być większa, przynajmniej 3 opiekujących się pacjentami szpitala plus jeden lekarz na Izbie Przyjęć. Do rozważenia jest możliwość wprowadzenia dyżurów pełnionych przez rezydentów w godzinach popołudniowych do godziny 20.00. Obecnie są takie możliwości, a dyżury takie są dofinansowywane przez Ministerstwo Zdrowia. Lekarz rezydent mógłby odciążać w tych godzinach lekarza dyżurnego w wymagających mniejszego doświadczenia czynnościach dyżurowych.

Na dyżurze nocnym na oddziale o podstawowym stopniu zabezpieczenia są dwie osoby z personelu pielęgniarskiego i dwie osoby z personelu pomocniczego. Na oddziale o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia personelu jest więcej (zwłaszcza pomocniczego: do 4 sanitariuszy), ale w trakcie dyżuru zdarza się, że muszą udać się na inny oddział w celu interwencji i pomocy przy trudnych pacjentach.

Obecnie w Szpitalu brakuje około 43 pielęgniarek, a także lekarzy i psychologów. Bolączką jest odchodzenie z pracy doświadczonych i wykształconych psychologów i lekarzy. Wynika to z niedofinansowania ochrony zdrowia, zwłaszcza psychiatrii, czego wynikiem jest rotacja kadry, która po zdobyciu doświadczenia i wykształcenia odchodzi do lepiej płatnych miejsc pracy. Powoduje to, że zatrudniane są w ich miejsce osoby mniej doświadczone. Rotacja kadry jest dość duża, co zakłóca ciągłość leczenia. Nie jest to jednak wynikiem złej woli dyrekcji Szpitala, a wynikiem braku środków finansowych mogących zapewnić wynagrodzenie na poziomie innych jednostek.

**5.3. Umieszczanie małoletnich pacjentów wspólnie z dorosłymi.** Jak ustaliła delegacja KMPT do MSCZ nie są przyjmowani pacjenci poniżej 18 r. ż. mimo sugestii instytucji nadzorujących Szpital. W dniu 12.02.2018 r. Zbigniew S. Król - ówczesny Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia – wystosował pismo do Prezesa NFZ, w którym informował, że ze względu na rosnącą liczbę pacjentów poniżej 18 r. ż. wymagających hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym oraz niewystarczającą liczbę miejsc w oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży należy umożliwić realizowanie świadczeń gwarantowanych dedykowanych dzieciom w oddziałach dla dorosłych. Z kolei w dniu 13.03.2019 r. Dyrektor Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie rozesłał do szpitali pismo informujące, że w związku z trudną sytuacją leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży dopuszcza się umieszczanie pacjentów powyżej 17 r. ż. w oddziałach dla dorosłych. MSCZ pismem z dnia 25.03.2019 r. przedstawił Marszałkowi Województwa Mazowieckiego swoje stanowisko w tej sprawie, w którym podkreślił, że Szpital nie ma zasobów kadrowych ani bytowych (brak miejsc, pacjenci leżą na dostawkach), aby zapewnić małoletnim pacjentom odpowiednie warunki oraz bezpieczeństwo.

**5.4. Stosowanie kajdanek w trakcie transportu.** Delegacja KMPT ustaliła, że pacjenci są transportowani karetką ZRM w asyście policji, tzn. policjanci zakładają pacjentom kajdanki na ręce (czasami kajdanki zespolone) i oddają pod opiekę ZRM, sami zaś jadą za karetką. W dniu wizyty przedstawicielka KMPT zaobserwowała pacjenta z oddziału o wzmocnionym zabezpieczeniu, który wrócił z konsultacji zewnętrznej. Mimo iż nie zachowywał się agresywnie miał na rękach kajdanki, które zdjęto mu dopiero w oddziale. Jak ustalono, jest to praktyka rutynowa (spotykana w wielu szpitalach), stosowana wobec wszystkich pacjentów oddziałów sądowych w celu zapobieżenia ucieczce.

Praktyka stosowania kajdanek wobec pacjentów budzi wiele wątpliwości przedstawicieli KMPT. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz.U. z 2018 r. poz. 1878, t.j.) wymienia środki za pomocą których dozwolone jest stosowanie przymusu bezpośredniego. Są to: przytrzymanie (doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej), przymusowe zastosowanie leków, unieruchomienie (obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa) oraz izolacja. Nie ma wśród nich kajdanek. Standardy CPT zabraniają wręcz stosowania kajdanek przy



unieruchamianiu pacjentów psychiatrycznych<sup>3</sup>. Domniemywać zatem można, że w tych przypadkach kajdanki stosowane są przez funkcjonariuszy Policji w trybie ustawy z dnia 24 maja 2013 r. *o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej* (DZ. U. z 2018 poz. 1834, t.j.), która określa, w jakich sytuacjach można użyć środków przymusu bezpośredniego (art. 11 ustawy). Zgodnie z przepisami ustawy, aby funkcjonariusz policji mógł użyć środka przymusu bezpośredniego musi zdarzyć się konkretna sytuacja zagrażająca bezpieczeństwu, życiu lub zdrowiu lub jest duże prawdopodobieństwo wystąpienia takiej sytuacji. Jednakże funkcjonariusz Policji, zanim sięgnie po środki przymusu bezpośredniego, powinien użyć lub wykorzystać w pierwszej kolejności inne, łagodniejsze środki w celu uzyskania zamierzonego celu lub określonego zachowania<sup>4</sup>.

Zakładanie kajdanek każdemu pacjentowi (tylko dlatego, że jest pacjentem psychiatrycznym) konwojowanemu do szpitala lub poza szpital jest oczywistym nadużyciem, nie znajdującym odzwierciedlenia w przepisach prawa. Ustawa *o środkach przymusu bezpośredniego* - jako pierwszą zasadę posługiwania się nimi - wskazuje, aby używać ich lub wykorzystywać w sposób niezbędny do osiągnięcia celów tego użycia lub wykorzystania, proporcjonalnie do stopnia zagrożenia, wybierając środek o możliwie jak najmniejszej dolegliwości (art. 6 ustawy). Dodatkowo w ustawie *o środkach przymusu bezpośredniego* jest wyraźne wyłączenie stosowania przepisów w niej zawartych do ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* (art. 3 ust. 4: Ustawy nie stosuje się do przymusu bezpośredniego lub zasad użycia lub wykorzystania broni palnej, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego* [Dz. U. z 2017 r. poz. 882, 2245 i 2439 oraz z 2018 r. poz. 138]).

Z kolei art. 46a ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* wskazuje, że przy wykonywaniu postanowień sądowych o przyjęciu do domu pomocy społecznej lub szpitala psychiatrycznego stosuje się przymus bezpośredni na zasadach opisanych w ustawie *o ochronie zdrowia psychicznego*. W wyjątkowych sytuacjach przewidziane w innych przepisach środki przymusu bezpośredniego mogą być stosowane jedynie po uprzednim bezskutecznym zastosowaniu przymusu bezpośredniego przewidzianego w niniejszej ustawie albo gdy jego zastosowanie byłoby niecelowe. A zatem kajdanki można użyć tylko wobec pacjentów sądowych przy wykonywaniu postanowień sądowych o przyjęciu do szpitala, wobec których

---

<sup>3</sup> Zob. pkt 3.3. *Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych*. Standardy Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu [CPT/Inf(2017)6].

<sup>4</sup> Zob.: L. Dyduch, K. Świerczewski, W. Biedrzycki, *Użycie lub wykorzystanie środków przymusu bezpośredniego przez policjantów*, str. 15-16.

stosowanie przymusu bezpośredniego w trybie ustawy *o ochronie zdrowia psychicznego* jest bezskuteczne albo niecelowe.

**5.5. Kontrole osobiste.** Regulamin Oddziału psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu oraz Oddziału o podstawowym zabezpieczeniu informuje, że przy przyjęciu do oddziału pacjent poddawany jest, przez personel tej samej płci, czynnościom kontrolnym na obecność przedmiotów, których posiadanie może stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia tej osoby lub innych osób (Rozdział III pkt. 1). Jak ustaliła delegacja KMPT kontrole osobiste odbywają się nie tylko przy przyjęciu do oddziału, ale także np. po widzeniach. Kontrola polega na rozebraniu się do naga i wykonaniu przysiadu. Wszystkie te czynności odbywają się w toalecie w obecności sanitariusza. Kontrolę osobistą przeprowadza się w sposób jednoetapowy (pacjent jednocześnie zdejmując wszystkie ubrania), a nie dwuetapowy (najpierw zdejmowane jest ubranie z górnej części ciała, po sprawdzeniu osoba się ubiera i zdejmuje ubrania z dolnych partii ciała), który obowiązuje w stosunku do osób pozbawionych wolności. Pacjent nie może także wnieść zażalenia na zasadność i sposób przeprowadzenia tej czynności. Nie chronią go w tej sytuacji żadne przepisy prawa.

Trybunał Konstytucyjny, rozpoznając wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, wyrokiem z dnia 21 kwietnia 2015 r.<sup>5</sup> uznał, że brakuje ustawowych unormowań określających zasady przeprowadzania kontroli osobistych osób przyjmowanych do zakładu psychiatrycznego, czy podstawy prawnej do wprowadzania czasowych ograniczeń rozmów telefonicznych internowanych (o czym także jest mowa w Regulamin Oddziału ID: rozdział III). Wydane w rezultacie implementacji wskazanego wyroku Trybunału rozporządzenie Ministra Zdrowia dnia 16 stycznia 2017 r. w *sprawie komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających i wykonywania środków zabezpieczających w zakładach psychiatrycznych* (Dz. U. z 2017 r. poz. 119), nie doprowadziło jednak do szczegółowej regulacji tego zagadnienia na poziomie aktu wykonawczego. Rozdział XIII Kodeksu karnego wykonawczego także nie został uzupełniony o potrzebne normy prawne. W związku z tym, dyrektorzy zakładów psychiatrycznych, w których wykonywane są środki zabezpieczające, w dalszym ciągu określają zasady życia osób internowanych w zakładach psychiatrycznych w regulaminach wewnętrznych, co narusza art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. W ocenie RPO nie ma zatem podstaw prawnych do ingerencji w prywatność pacjenta poprzez przeprowadzanie

---

<sup>5</sup> Sygn. akt U 8/14

kontroli osobistych w szpitalach psychiatrycznych, w których wykonywany jest środek zabezpieczający. Mając na względzie powyższe RPO w dniu 8.04.2019 r. zwrócił się do Ministra Sprawiedliwości z prośbą o podjęcie niezbędnych działań legislacyjnych w celu znowelizowania Kodeksu karnego wykonawczego w taki sposób, aby przepisy rangi ustawowej określały prawa, ich ograniczenia i obowiązki osób, wobec których orzeczono środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym<sup>6</sup>.

**5.6. Brak regulacji dotyczących konwojowania poza placówkę osób wobec których wykonywany jest środek zabezpieczający.** W postępowaniu z osobami chorymi psychicznie wszelkie procedury ich dotyczące powinny mieć jasne i nie budzące wątpliwości uregulowanie. Brak określenia w przepisach kto, w jakich przypadkach, z jakimi środkami przymusu bezpośredniego oraz jakimi środkami transportu może konwojować osoby przebywające w szpitalach zamiast w więzieniach, stanowi zupełne minimum jeśli chodzi o bezpieczeństwo pacjentów. RPO i KMPT od kilku lat apeluje o uregulowanie zasad konwojowania pacjentów przebywających w szpitalach i w oddziałach psychiatrycznych w ramach środka zabezpieczającego, poza teren tych placówek na konsultację lekarską, badanie lub zabieg.

Obecnie obowiązek ten spada na administrację szpitali psychiatrycznych. W opinii Ministerstwa Zdrowia uzasadnione jest wprowadzenie do Kodeksu karnego wykonawczego przepisów dotyczących konwojowania osób, wobec których jest wykonywany środek zabezpieczający. W ocenie KMPT niezbędne wydaje się podjęcie działań legislacyjnych poprzez wskazanie warunków wykonywania konwojów tj. w jakich przypadkach konwój może mieć miejsce, kto go powinien realizować, jaki powinien być skład osobowy konwojującego personelu, jaki powinien być to środek transportu, jakie powinny być zasady działania w celu zapobiegnięcia agresji czy też samowolnego oddalenia się pacjenta. Obecnie problem zorganizowania transportu i zapewnienia bezpieczeństwa w sytuacji konieczności zrealizowania ważnej konsultacji lekarskiej, badania czy zabiegu pacjenta poza szpitalem psychiatrycznym, spoczywa wyłącznie w gestii szpitali psychiatrycznych.

**5.7. Monitoring wizyjny w szpitalach psychiatrycznych.** W Szpitalu poziom bezpieczeństwa kontrolowany jest m.in. poprzez monitoring wizyjny. W oddziale

---

<sup>6</sup> Wystąpienie generalne z dnia 8.04.2019 r. Dostępne pod adresem: <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Wyst%C4%85pienie%20do%20Ministra%20Sprawiedliwo%C5%9Bci%20%20ws.%20regulamin%C3%B3w%20zak%C5%82ad%C3%B3w%20psychiatrycznych.pdf>

sądowym o podstawowym zabezpieczeniu (I AB) kamery zainstalowane zostały w salach chorych, świetlicy i korytarzu. Podobnie sytuacja wyglądała w oddziale sądowym o wzmocnionym zabezpieczeniu, gdzie kamery znajdowały się w salach chorych, korytarzach, pokoju badań, pokoju terapii zajęciowej, spacerunku oraz na terenie zewnętrznym budynku. W Szpitalu opracowano także procedurę *Zasady funkcjonowania monitoringu wizyjnego*, która określa infrastrukturę techniczną, lokalizację elementów systemu monitoringu, zasady rejestracji, zapisu i usuwania informacji wraz ze sposobem ich zabezpieczenia oraz zasady udostępniania danych o zarejestrowanych zdarzeniach.

Mimo bardzo szczegółowo i profesjonalnie przedstawionej procedury, delegacja KMPT podkreśla, że aby stosowanie nadzoru wideo nad bezpieczeństwem pacjentów w szpitalach było legalne, musi być podstawa prawna do jego używania zawarta w ustawie. Tymczasem w dalszym ciągu brakuje regulacji ustawowej odnoszącej się do monitoringu wizyjnego pomieszczeń innych, niż pomieszczenie do izolacji<sup>7</sup>. Dlatego też w 2018 r. Rzecznik Praw Obywatelskich ponowił wniosek do Ministra Zdrowia o przedłożenie w ramach posiadanej inicjatywy ustawodawczej projektu przepisów regulujących stosowanie monitoringu wizyjnego w szpitalach<sup>8</sup>. Minister Zdrowia zgodził się z argumentacją przedstawioną przez RPO i zapowiedział wprowadzenie właściwych regulacji do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Niestety deklaracja ta nie została wciąż zrealizowana. Poza argumentami przedstawionymi powyżej, związanymi z zasadami prawidłowej legislacji, kwestie monitorowania osób za pomocą urządzeń telewizji przemysłowej mają ważne znaczenie z punktu widzenia praw człowieka. Nie ulega wątpliwości, iż brak właściwej ochrony praw tych pacjentów w przepisach prawa, ich danych osobowych oraz wizerunku powoduje zagrożenie niewłaściwego wykorzystania tych informacji. RPO będzie w dalszym ciągu dążył do wprowadzenia ustawowych podstaw do stosowania monitoringu wizyjnego w szpitalach psychiatrycznych.

**5.8. Sygnalizacja przyzywowa.** Jednym z elementów ochrony praw pacjentów, weryfikowanym każdorazowo przez KMPT w trakcie wizytacji placówek psychiatrycznych, jest ich bezpieczeństwo, które powinno być traktowane priorytetowo. Ważnym narzędziem w tym zakresie jest sprawnie funkcjonująca i łatwo dostępna dla pacjentów i personelu instalacja przyzywowa. Umożliwia ona szybką interwencję

---

<sup>7</sup>Patrz: art. 18 e pkt 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2018 r., poz.1878 t.j.)

<sup>8</sup> Wystąpienie Generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2018 r., KMP.574.8.2015.

personelu medycznego w sytuacjach kryzysowych związanych z nagłymi zapaściami zdrowotnymi pacjentów. Zgodnie z Konwencją o Prawach Osób Niepełnosprawnych montaż sygnalizacji alarmowo-przyzywowej ma także szczególne znaczenie dla osób z niepełnosprawnościami, które powinny mieć zapewnioną szeroko rozumianą dostępność umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi<sup>9</sup>.

Zdaniem KMPT przyciski alarmowo-przyzywowe powinny być we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez chorych (łazienki, pokoje łóżkowe, pomieszczenia jednoosobowe do wykonywania przymusu bezpośredniego m.in. w postaci izolacji).

**5.9. Sporządzanie opinii na temat pacjentów detencyjnych.** Zdaniem ekspertki KMPT, podczas sporządzania opinii na temat pacjentów detencyjnych, decydujących o pobycie w szpitalu lub zwolnieniu, warto pamiętać o kilku zasadach:

1. w przypadku przewlekającego się postępowania (czasem ponad rok), konieczna jest weryfikacja stanu psychicznego pacjenta pod kątem dalszej konieczności zastosowania środków zabezpieczających w postaci umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym. Zdarza się bowiem tak, że przez okres trwającego postępowania pacjent leczył się systematycznie, poprawił się jego stan psychiczny i nie wymaga on hospitalizacji.
2. w przypadku ograniczenia wolności, jaką jest izolacja pacjenta w szpitalu psychiatrycznym powodująca znaczne ograniczenie jego swobód obywatelskich, konieczna jest bardzo wnikliwa analiza stanu pacjenta oraz przesłanek koniecznych do zastosowania środków zabezpieczających, w tym rozpoznania i rzeczywistej oceny ryzyka popełnienia przez niego czynów o znacznej szkodliwości społecznej. Biegli *de facto* nie oceniają stopnia szkodliwości, należy to do sądu, niemniej jednak wielokrotnie używają tego sformułowania niejako „wyręczając” sąd w tejże ocenie. Ekspertka proponuje w związku z tym następujące rozwiązania systemowe:
  - a) Konieczne jest podejmowanie decyzji dotyczących zmiany stopnia lub zakończenia detencji w oparciu o wykonaną ocenę ryzyka popełnienia czynów z użyciem przemocy narzędziami HCR20 v 3 i SAPROF. Ocena taka pozwala na bardziej holistyczne spojrzenie na pacjenta oraz bardziej rzetelną i profesjonalną ocenę, która ma charakter oceny opisowej z zaznaczeniem jakie należy zastosować środki by zapobiec czynom w przyszłości, bez stosowania detencji.

---

<sup>9</sup> Zob. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2018 r., str. 117.

- b) Weryfikacja opinii sądowo-psychiatrycznych, u osób wobec których zalecono zastosowanie środka zabezpieczającego, przez specjalnie utworzone komisje wojewódzkie składające się z ekspertów w zakresie psychiatrii i psychologii, w której skład wchodzi przynajmniej jedna osoba doświadczona w dokonywaniu oceny ryzyka przemocy narzędziami HCR20 v3 i SAPROF.
- c) Zobowiązanie sądów do sprawdzania kwalifikacji biegłych sądowych z zakresu psychiatrii i psychologii, nie tylko opiniujących jako biegli z listy sądów okręgowych, ale wszystkich, którzy wydają opinie sądowo-psychiatryczne, głównie tych „do sprawy.”
- d) Weryfikacja kwalifikacji biegłych z listy sądów okręgowych, często są to osoby niepraktykujące, w wieku emerytalnym. Wskazane jest przeprowadzanie okresowych egzaminów lub innej formy sprawdzenia prawidłowości wydawanych opinii przez autorytety w danej dziedzinie.
- e) Uczulenie biegłych, by nie wypowiadali się w kwestii stopnia szkodliwości, gdyż taka ocena należy do sądu. Jako biegli, po wykonaniu oceny ryzyka przemocy, możemy natomiast określić ryzyko popełnienia czynów z użyciem przemocy.
- f) Wprowadzenie do składu Komisji Psychiatrycznej do Spraw Środków Zabezpieczających osoby, która jest biegłą w dokonywaniu oceny ryzyka przemocy narzędziami HCR20 v3 i SAPROF, dzięki czemu oceny Komisji i przydzielanie stopnia zabezpieczenia byłyby bardziej dokładne.

**5.10. Zwolnienie z detencji.** Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwrócił uwagę na problem zakończenia detencji w przypadku, gdy pacjent nie posiada wsparcia rodziny, a nie jest w stanie funkcjonować samodzielnie. W takich sytuacjach, w zależności od stanu pacjenta, dyrektor szpitala występuje do sądu z wnioskiem o umieszczenie pacjenta w domu pomocy społecznej. O ile w przypadku zgody pacjenta, poza długim terminem oczekiwania, nie występują większe problemy, o tyle pojawiają się one w przypadku konieczności umieszczenia pacjenta w domu pomocy społecznej wbrew jego woli. Zdarza się jednak, że sądy odmawiają wydania postanowienia o umieszczeniu pacjenta w domu pomocy społecznej, wymagają najpierw postanowienia o zakończeniu internacji. Nie jest to jednak możliwe, gdyż często, ze względu na różne okoliczności, takie jak: niepełny wgląd, brak wsparcia, bezdomność, zakończenie detencji powodowałoby wzrost ryzyka ponowienia czynu zabronionego. Powoduje to niepotrzebne przedłużanie się detencji, stres i dezorientację u pacjenta.

W dniach wizyty KMPT w oddziale o podstawowym stopniu zabezpieczenia przebywała osoba wymagająca całodobowej opieki, która przyjęta była z domu pomocy społecznej. Tu ponownie pojawia się problem weryfikacji opinii sądowo-psychiatrycznych, a także fakt, że po zastosowaniu środka zabezpieczającego taka osoba utraciła *de facto* miejsce w domu pomocy społecznej. Taka osoba nie może zostać wypisana ze szpitala bez opieki, gdyż jest to nieetyczne, a jednocześnie personel nie widzi konieczności stosowania wobec niej środka zabezpieczającego. Mimo tego, że personel praktycznie od razu po przyjęciu tego pacjenta wystąpił o ponowne wyznaczenie miejsca w domu pomocy społecznej, oczekiwanie na nie jest dość długie, przez co pacjent przebywa nadal na detencji.

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)]). W tym kontekście Komitet stwierdził, że kontynuowanie pozbawienia wolności osoby z racji braku właściwych uwarunkowań w środowisku zewnętrznym stanowi praktykę wysoce dyskusyjną.

Z doświadczenia KMPT wynika, że obecność pacjentów długoterminowych (przebywających z powodów opisanych wyżej) zmienia styl funkcjonowania Oddziału i relacje międzysobowe, co z kolei wpływa na pozostałych pacjentów. Długoterminowi pacjenci funkcjonują na nieco innych zasadach (np. zawłaszczają różne przedmioty, meble organizując sobie tym samym własne miejsce do życia), co w zasadzie jest zrozumiałym zachowaniem. Są oni bowiem stałymi mieszkańcami szpitala, a nie osobami dla których np. tworzy się i realizuje plan terapeutyczny.

Według ekspertki KMPT ważne jest rozważenie umożliwienia pacjentom kierowanym z domów pomocy społecznej na detencję zatrzymania posiadanego w nich miejsca, do czasu zakończenia detencji. Konieczna byłaby w takim przypadku pomoc finansowa, lub dofinansowanie ze środków publicznych. Takich przypadków jest niewiele, co nie byłoby dużym obciążeniem dla budżetu Państwa. Ponadto, konieczne jest także zobowiązanie sądów, by wnikliwiej przyglądały się przypadkom pacjentów na detencji, u których zgłaszany jest wniosek o umieszczenie w domu pomocy społecznej oraz zmiana przepisów, na które powołują się sądy dotyczące tego, że konieczność umieszczenia w szpitalu uniemożliwia umieszczenie w domu pomocy społecznej. Sprzeczność taka i brak jasnych reguł, które w przypadku osób internowanych powinny być inne, powoduje wydłużenie detencji powyżej koniecznego czasu.

W ocenie KMPT 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. KMPT dostrzega, że jest to problem systemowy, a jego rozwiązanie wymaga zaangażowania dyrekcji szpitali i lokalnych władz administracyjnych i samorządowych, a przede wszystkim zmiany prawa.

## **6. Obszary wymagające poprawy**

### **6.1. Traktowanie**

Delegacja nie odebrała sygnałów o złym traktowaniu pacjentów, oprócz incydentalnego zachowania niektórych sanitariuszy w oddziale o podstawowym zabezpieczeniu polegającego na okazywaniu braku szacunku (agresja werbalna, popychanie, poszturchiwanie, prowokowanie).

W związku z tym KMPT zaleca władzom Szpitala przypomnienie personelowi pracującemu w tym oddziale, aby traktować pacjentów z szacunkiem.

Ponadto delegacja KMPT zwróciła uwagę na następujące zagadnienia:

**a) Odpowiedzialność zbiorowa i karanie pacjentów.** Delegacja KMPT zaobserwowała, że w oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu praktykuje się stosowanie kar oraz odpowiedzialności zbiorowej. Przykładowo, jeśli personel ujawni, że któryś z pacjentów jest pod wpływem środków psychoaktywnych to pacjenci z całego oddziału ukarani są np. zakazem zamawiania jedzenia z zewnątrz, zabranieniem możliwości korzystania z telefonu komórkowego lub zakazem odwiedzin.

W ocenie KMPT stosowanie odpowiedzialności zbiorowej, w tym przypadku obciążenie całego oddziału konsekwencjami za niewłaściwe zachowanie jednego pacjenta, nie jest dobrą praktyką. Takie karanie nie spełnia swojej funkcji, albowiem pacjent, który dopuścił się przewinienia nie poniesie indywidualnej konsekwencji, a u pozostałych pacjentów wywoła to poczucie krzywdy i niesprawiedliwości. Taka praktyka może stwarzać bariery terapeutyczne, prowokować też chęć odwetu, może też budzić w pacjentach opór i postawy negatywistyczne, konfrontacyjne utrudniające prowadzenie



skutecznej terapii. Poza tym, żaden dokument prawny ani regulujący zasady funkcjonowania w oddziale, nie przewiduje stosowania kar wobec pacjentów.

**b) Sprzątanie pomieszczeń oddziału przez pacjentów.** Zgodnie z Regulaminem oddziału I D psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu oraz Regulaminem oddziału I AB o podstawowym zabezpieczeniu osoba, wobec której realizowany jest środek zabezpieczający, ma obowiązek sprzątać pomieszczenia, w których przebywa i utrzymywać należyty porządek, chyba że aktualny stan zdrowia to uniemożliwia. W dalszej części Regulaminów jest z kolei zapis: *Zakazana jest jakakolwiek praca pacjentów na rzecz Centrum. Z przepisem tym nie są sprzeczne zajęcia rekreacyjne, terapia zajęciowa lub własna aktywność bądź utrzymanie porządku w miejscu pobytu.*

Z ustaleń delegacji KMPT wynika, że pacjenci wykonują obowiązkowe dyżury w oddziałach, polegające na np. przecieraniu stołów na stołówce, układaniu sztućców, myciu podłogi w stołówce, myciu podłogi w palarni, wynoszeniu niedopałków papierosów z palarni. Co tydzień wyznaczane są inne osoby do pełnienia konkretnego dyżuru.

W ocenie KMPT pozytywnie należy ocenić angażowanie pacjentów do codziennych czynności, ale pod pewnymi warunkami oraz w oparciu o jasno ustalone zasady. Nie należy kwestionować tego, że obowiązkiem pacjenta jest dbanie o własną przestrzeń życiową (np. ścielenie łóżka, utrzymanie porządku w swojej szafce, dbanie o higienę osobistą i otoczenia). Inaczej jest w przypadku wykonywania przez pacjentów prac na rzecz oddziału (np. sprzątanie), do których Szpital zatrudnia odrębny personel. W takiej sytuacji konieczne jest przestrzeganie pewnych zasad. Po pierwsze, prace takie powinny być dobrowolne, a pacjent który nie chce ich wykonywać, nie powinien być z tego powodu karany. Tworzone co tydzień imienne listy powinny zawierać tylko tych pacjentów, którzy wyrażą zgodę na wykonywanie tego typu czynności. Po drugie, w przypadku traktowania prac porządkowych na rzecz oddziału jako elementu zajęć rehabilitacyjnych powinno uwzględniać się wszelkie wymogi opisane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych (Dz. U. z 2014 r., poz. 522). A zatem czynności te powinny być prowadzone zgodnie z indywidualnym planem rehabilitacji, opracowanym przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii i psychologa lub terapeutę zajęciowego, we współdziałaniu z pacjentem. Konieczne jest także określenie rodzaju oraz wymiaru czasu trwania takich zajęć oraz dobranie ich w taki sposób, aby stanowiły system skoordynowanych oddziaływań, które umożliwią pacjentowi w przyszłości samodzielną egzystencję, integrację społeczną, podjęcie aktywności zawodowej i nabycia umiejętności zapewniających możliwie

największą niezależność. Dobór zajęć powinien także uwzględniać przebieg choroby, nasilenie jej objawów oraz oczekiwania i możliwości pacjenta. Po trzecie, wszystkie aktywności wchodzące w „pakiet” zajęć rehabilitacyjnych powinny być udokumentowane w historii choroby. W innym przypadku, wykonywanie przez pacjenta prac porządkowych na rzecz Szpitala może nieść ryzyko przymusowej pracy, wyręczania personelu do tego przeznaczonego, dyskryminowania pacjenta psychiatrycznego na tle innych pacjentów (praktyka sprzątania oddziałów przez pacjentów nie jest bowiem spotykana w oddziałach o innej specjalności).

Wobec powyższego KMPT zaleca Dyrektorowi Szpitala zrewidowanie praktyki polegającej na sprzątaniu przez pacjentów pomieszczeń wspólnych w oddziałach, sposobu dokumentowania tych czynności oraz określenia w regulaminach przejrzystych zasad wykonywania tych czynności.

## **6.2. Warunki materialne**

**a) Przeludnienie.** Największym problemem jest zbyt duże zagęszczenie oddziałów, co powoduje liczne problemy (opisane szerzej w pkt. 4.1.). W oddziale o wzmocnionym zabezpieczeniu w dniu wizytacji z powodu dużej liczby pacjentów (44 pacjentów na 35 miejsc) konieczne było wstawienie dodatkowych łóżek do świetlicy oraz zagęszczenie innych pokoi (pokoje 5-osobowe przekształcono na 6-osobowe, 3-osobowe na 4-osobowe, etc.). Pomiary dokonane przez wizytujących wskazują, że w trzech losowo wybranych pokojach zapewniono następującą przestrzeń na jednego pacjenta: 3,3 m<sup>2</sup>, 3,6 m<sup>2</sup>, 4,4 m<sup>2</sup>.

Niedopuszczalne jest także, by sala pobytu dziennego stanowiła jednocześnie salę mieszkalną dla pacjentów. Sala ta powinna być ogólnodostępna dla pacjentów, co jednocześnie nie zapewnia odpowiedniej intymności i spokoju pacjentowi w niej mieszkającemu. Nadmierne przeludnienie oddziału i niezapewnienie odpowiedniej przestrzeni dla pacjentów może powodować napięcia i utrudniać proces terapeutyczny.

**b) Zawilgocenie ścian.** Delegacja KMPT odnotowała, że w niektórych pomieszczeniach (np. prysznic w oddziale I D) była słaba wentylacja, co powodowało problemy z zawilgoceniem. Dyrektor Szpitala poinformował, że pod koniec 2019 r. rozpocznie się remont Szpitala, w tym termomodernizacja, co pozwoli wyeliminować tego typu usterki.

c) W oddziałach **brakuje instalacji przyzywowej**, zarówno w salach chorych, jak i gabinetach. Jest to niekorzystne, gdyż zarówno pacjent nie może wezwać pomocy, w przypadku gdyby wystąpiła taka konieczność, ani personel w przypadku zagrożenia ze strony pacjenta. Personel posiada osobiste urządzenie przyzywowe, przenośne. KMPT zaleca, aby w trakcie planowanego remontu, uwzględnić zamontowanie instalacji przyzywowej.

KMPT rekomenduje zapewnienie pacjentom w miarę możliwości właściwego środowiska terapeutycznego. Ma to duże znaczenie nie tylko dla pacjentów, lecz także dla personelu pracującego w Szpitalu.

### **6.3. Leczenie**

**6.3.1. Zaopatrzenie w leki, wyposażenie w sprzęt medyczny.** Zaopatrzenie w leki i sprzęt medyczny jest wystarczające. Pacjentom podawane są wszelkie niezbędne leki ze szpitalnej listy leków. Pozostałe leki, które są bardziej finansowo obciążające dla Szpitala mogą być stosowane po akceptacji dyrekcji na wniosek ordynatora oddziału. Ustalono, że czasem dyrekcja odmawia lub ogranicza możliwość stosowania drogich leków, takich jak leki przeciwpsychotyczne w iniekcjach długoterminowych nowej generacji tzw. LAI<sup>10</sup>. Ekspertka KMPT rozumie trudną sytuację finansową szpitali psychiatrycznych oraz to, że na wizytowanych oddziałach często pacjenci przebywają wiele lat, co znacząco zwiększałoby koszty Szpitala, jednak istotne byłoby rozważenie możliwości zastosowania powyższych leków na oddziale podstawowym, w przypadku pacjentów, wobec których personel planuje wnioskować o zakończenie detencji. Leczenie takie jest dla pacjenta korzystniejsze, ze względu na dobrą kontrolę leczenia, brak konieczności pilnowania codziennego przyjmowania tabletek i mniejszą ilość działań niepożądanych, a w przypadku pacjentów internowanych, jest dodatkowym czynnikiem zmniejszającym ryzyko popełnienia czynów z użyciem przemocy.

**6.3.2. Dokumentowanie obrażeń.** Obrażenia ciała dokumentowane są poprzez opisanie zmian w dokumentacji medycznej z zaznaczeniem na specjalnych piktogramach miejsc zmian. Nie są wykonywane zdjęcia zmian, co byłoby wskazane, oczywiście za zgodą pacjenta. Jest to istotne i pomocne pacjentom w dochodzeniu ewentualnych roszczeń

---

<sup>10</sup> Do leków tych zaliczamy Abilify Maintena, Zypadhera, Rispoletp Consta i Xeplion.

(warto też robić kilka kopii takiej dokumentacji i jedną przynajmniej przekazać pacjentowi na nośniku zewnętrznym).

**6.3.3. Komunikacja pomiędzy pacjentami a lekarzami oraz personelem oddziałów sądowych.** Ekspertka KMPT widzi konieczność dokładnego informowania pacjenta o zmianach w leczeniu, działaniach niepożądanych, konsekwencjach przyjmowania, jak i nieprzyjęcia leku oraz zawarciu opisu tej rozmowy i reakcji pacjenta na modyfikację leczenia w dokumentacji medycznej. Po włączeniu lub zmianie leczenia zalecane jest, codziennie, przez kolejne dwa tygodnie, opisywanie ewentualnych zmian w zachowaniu pacjenta, jego reakcji na stosowane leczenie (w sensie jego subiektywnych odczuć) lub występujące działania niepożądane. Istotną kwestią, biorąc pod uwagę komunikację pomiędzy personelem a pacjentami, jest fakt, że o ile na oddziale o podstawowym stopniu zabezpieczenia gabinet lekarski jest dostępny dla pacjentów oraz znajduje się w niewielkiej odległości od sal obserwacyjnych (co pozwala na ciągły i nieograniczony dostęp do lekarza), tak na oddziale wzmocnionym gabinety lekarskie znajdują się przed drzwiami prowadzącymi na oddział, a pacjent dostać się może do nich wyłącznie z personelem pomocniczym. Znacząco ogranicza to kontakt z lekarzem, zwiększa dystans pomiędzy osobą leczącą i leczoną (pacjent musi poprosić personel o dostęp do lekarza). W ocenie ekspertki KMPT, proces terapeutyczny, wzajemne zaufanie, a co za tym idzie lepsze zrozumienie swoich potrzeb, byłoby większe, gdyby gabinety lekarskie znajdowały się w pobliżu sal chorych. Jeśli zaś budzi to obawy przed zachowaniami agresywnymi wskazane jest zaopatrzenie personelu w urządzenia przyzywające.

Ponadto, z ustaleń ekspertki wynika, że współpraca pomiędzy oddziałami o podstawowym i wzmocnionym stopniu zabezpieczenia jest niewystarczająca, a czasami jej wręcz brak. Współpraca taka zwłaszcza np. podczas konsyliów, w trakcie których wspólnie podejmowano by decyzje o zmianie stopnia zabezpieczenia, byłaby korzystna dla obydwu stron. Pozwoli to na spojrzenie na danego pacjenta w szerszym zakresie. Zaleca się zatem wprowadzenie wspólnych konsyliów oddziałów sądowych i oddziałów ogólnopsychiatrycznych, w których przebywają pacjenci detencyjni.

**6.3.4. Formy terapii pozafarmakologicznej.** Pacjenci Szpitala mają dostęp do terapii psychologicznej, w tym do zajęć grupowych oraz indywidualnych rozmów z

psychologiem. Pacjenci mają również dostęp do terapii zajęciowej w oddziałowych salach terapii zajęciowej, ale także do ogólnodostępnej dla pacjentów arteterapii, która prowadzona jest przez wyszkolonych arteterapeutów i obejmuje zajęcia plastyczne, filmoterapię, teatr tworzony przez pacjentów.

Oferta zajęć arteterapii jest imponująca, ale niedostępna dla większości pacjentów z oddziałów sądowych. Ta część pacjentów rzadko korzysta z arteterapii poza oddziałem. W oddziale wzmocnionym jest to spowodowane brakiem możliwości wychodzenia poza oddział wynikającym z przepisów prawnych. Ale i pacjenci oddziału o podstawowym zabezpieczeniu głównie uczestniczą w zajęciach na terenie oddziału.

W ocenie ekspertki KMPT formy terapii zajęciowej proponowane w wizytowanych oddziałach są ograniczone ze względu na braki w wyposażeniu, np. rekwizytów do zajęć, materiałów, gier zespołowych, itp. Brakuje gier usprawniających funkcje poznawcze pacjentów np. scrabble, gier logicznych. Sprzęt (piłkarzyki, stoper, mini bilard) jest wyeksploatowany. Ponadto zajęcia te są mało interesujące dla mężczyzn, zwłaszcza młodych (wyklejanki, robienie ozdób z papieru). Na oddziale wzmocnionym jest kilka stanowisk komputerowych, gdzie pacjenci mogli korzystać z Internetu, grać w gry. Choć nie jest to idealna forma terapii, pozwala utrzymać kontakt ze światem zewnętrznym, zawierać lub utrzymać znajomości. Nie powinna to być jednak jedyna forma terapii.

Wyzwaniem na najbliższe lata powinna być zmiana form terapii zajęciowej i dostosowanie jej do faktycznych zainteresowań pacjentów. W modelowych placówkach w Niemczech czy Holandii takie formy terapii, jak wyżej wspomniana terapia zajęciowa, są zarezerwowane wyłącznie dla osób z deficytem intelektualnym, których funkcjonowanie jest na poziomie dziecięcym. Osobom dorosłym umożliwia się podejmowanie pracy w przyszpitalnych zakładach pracy chronionej. Tym, których stan nie pozwala na podjęcie takiej pracy, proponuje się takie zajęcia jak trening radzenia sobie w codziennych zajęciach poprzez wspólne zakupy, wizyty w kinie, teatrze, udział w koncertach. Pacjenci częściej tam są zachęceni do udziału w zajęciach sportowych, w tym grach zespołowych. Oczywiście rozwiązania te wymagałyby wielu zmian systemowych w polskich przepisach prawnych.

Ekspertka KMPT wymieniła w swojej ekspertyzie zajęcia, które możliwe są do wykonania w warunkach polskich i wskazane do rozważenia ich zastosowania:

- a) zapewnienie pacjentom większego dostępu do zajęć sportowych w salach do ćwiczeń sportowych oraz na świeżym powietrzu, w tym gier zespołowych tj. siatkówka, koszykówka (być może warto rozważyć zatrudnienie wuefisty). Sport pozwala rozładować napięcia, uczy prawidłowych zachowań prozdrowotnych i pozwala

utrzymać masę ciała przy stosowanym leczeniu, które często prowadzi do nadwagi. U pacjentów z oddziałów wzmocnionych powinno się skupić raczej na tym, by w miarę szybko wyrównać ich stan psychiczny i przeprowadzić podstawową psychoedukację oraz w miarę możliwości dość szybko zmienić środek zabezpieczający na oddział podstawowy, gdzie ciężar z farmakoterapii przeniesiony powinien być na psychoterapię, resocjalizację i ułatwienie powrotu do społeczeństwa;

- b) częstsze wykorzystywanie pomieszczeń w Pałacyku do prowadzenia dodatkowych zajęć. Z doświadczenia ekspertki KMPT wynika, że dobrze sprawdzają się wspólne zajęcia międzyoddziałowe (dyskoteki, konkursy i zawody), gdzie konieczność pewnej rywalizacji motywuje pacjentów. Mogą to być kalambury, scrabble, turnieje siatkówki, tenisa stołowego czy szachów. Pacjenci po takich zawodach mogą otrzymywać dyplom dla całego oddziału, z oznaczeniem miejsca, które zajęli. Zwiększa to więź pomiędzy pacjentami i personelem i powoduje, że wspólnie są dumni z sukcesu oddziału;
- c) praktyczne wykorzystanie prac wykonywanych na terapii zajęciowej. Na przykład, ozdoby świąteczne mogłyby być sprzedawane na dorocznych aukcjach, z których zysk jest przekazywany na materiały do terapii zajęciowej.

Co do dokumentowania oddziaływań terapeutycznych i psychiatrycznych, zarówno plan diagnostyczno- terapeutyczny, jak i dzienny rozkład zajęć jest obszerny. Jednak ekspertka zwraca uwagę, że brakuje w nim kilku elementów. Plan terapeutyczny powinien być zindywidualizowany w miarę możliwości i zawierać choćby rozróżnienie na plan podstawowy i plan zaawansowany. Ekspertce zabrakło w programie terapeutycznym takich zajęć jak trening zastępowania agresji, trening inteligencji emocjonalnej czy trening metapoznawczy. Na oddziałach sądowych gdzie przeważają pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii wskazane jest, by personel pracujący z pacjentem terapeutycznie, posiadał wiedzę na temat terapii behawioralno-poznawczej w psychozach.

**6.3.5. Leczenia zabiegami elektrycznymi (EW).** W Szpitalu prowadzone są zabiegi elektrowstrząsowe w znieczuleniu ogólnym oraz w asyście lekarza anestezjologa. Według rejestru zabiegów EW, w 2018 roku wykonano w Szpitalu 131 zabiegów, w 2019 r. - 123 zabiegów. Zakładając, że u jednego pacjenta zazwyczaj stosowanych jest średnio 10 zabiegów, można uznać, że leczenie elektrowstrząsowe dotyczy około 13-15 pacjentów rocznie. Jest to liczba nieduża w porównaniu z liczbą pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu w ciągu roku.

Pacjent do zabiegu jest kwalifikowany według dostępnej procedury. Przed zabiegiem musi zaznaczyć się z informacją dotyczącą zabiegu i wyrazić zgodę, każdorazowo na każdy zabieg, a nie na całą serię zabiegów. Odrębna zgoda dotyczy znieczulenia ogólnego, również każdorazowo. Pacjent otrzymuje także przed zabiegiem pisemną informację na temat zabiegów elektrowstrząsowych (jak działa terapia, jaka jest jej skuteczność, wskazania i przeciwwskazania, działania uboczne, etc.). Zabiegi są przeprowadzane w odrębnej sali. Pomieszczenie to, poza aparaturą służącą do wykonywania zabiegu (konwulsator typ spECTrum 5000Q), zaopatrzone jest w aparat ambu, ssak, kardiomonitor, pulsoksymetr, EEG i tacę przeciwwstrząsową. Po wybudzeniu pacjenta jest on przewożony na salę obserwacyjną.

Zgodnie ze standardami międzynarodowymi terapia EW powinna być wykonywana przez personel specjalnie wyszkolony do przeprowadzania tego rodzaju terapii<sup>11</sup>. Tymczasem faktem jest, że każdy lekarz psychiatra w trakcie specjalizacji z psychiatrii musi wykonać dwa zabiegi EW. W praktyce lekarskiej rzadko ma z tym do czynienia, a osoby wykonujące i zainteresowane tematem szkolą się przy starszych kolegach lub z literatury. W opinii ekspertki KMPT, lekarze wykonujący zabiegi EW powinni przejść profesjonalne szkolenia (np. z interpretacji EEG) i stale podnosić swoje kwalifikacje, by oferować jak najwyższy standard świadczeń i minimalizować ryzyko powikłań.

#### **6.4. Przepustki**

Jak ustaliła ekspertka KMPT, przepustki pacjentom z oddziałów o podstawowym zabezpieczeniu udzielane są zazwyczaj do 3 dni, w wyjątkowych sytuacjach Dyrekcja wydaje zgodę na 4 dni. Tymczasem według art. 204d Kodeksu karnego wykonawczego (Dz. U. z 2019 r., poz. 676, t.j.) w wyjątkowych sytuacjach Dyrekcja ma prawo udzielić zgody na pobyt poza oddziałem do dni 7. Wydaje się że w wizytowanym Szpitalu rzadko korzysta się z tej możliwości. Według ekspertki KMPT, przepustki 3- dniowe są zbyt krótkie, by pacjent mógł w pełni skorzystać z takiego przywileju, szczególnie w przypadku, gdy pacjenci mieszkają w dużej odległości od Szpitala. KMPT zaleca częstsze wydawanie przepustek do 7 dni pacjentom, którzy się do nich kwalifikują.

#### **6.5. Przymus bezpośredni**

Personel jest przeszkolony w stosowaniu przymusu bezpośredniego, a sposób i wskazania do stosowania reguluje procedura, która oparta jest o przepisy ustawy *o ochronie*

---

<sup>11</sup> Zob. CPT /Inf/E (2002) 1 -Rev. 2011

*zdrowia psychicznego* i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie *stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi* (Dz. U. z 2018 r. poz. 2459).

W trakcie dyżurów dziennych w oddziałach jest odpowiednia liczba personelu do zastosowania środków przymusu. W godzinach nocnych i w weekendy, w przypadku konieczności zastosowania środków przymusu, pomocy udziela tzw. grupa interwencyjna, która jest powołana w Szpitalu (jej działania określa procedura). Składa się ona z męskiego personelu oddziału o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia oraz ratowników pracujących na co dzień na Izbie przyjęć. Grupa ta każdorazowo odnotowuje rodzaj, czas i miejsce interwencji.

W unieruchomieniu, według kart unieruchomień, bierze udział zazwyczaj od 3 do 5 osób. Standardem międzynarodowym, a także polskim, jest udział 5 pracowników w unieruchomieniu (po jednej osobie na kończynę plus głowa). Przypadki stosowania po 3 osoby były sporadyczne. Pięcioosobowa obsada jest gwarantowana dzięki grupie interwencyjnej.

W Szpitalu prowadzony jest *Rejestr zawiadomień o zastosowaniu przymusu bezpośredniego*. Jego analiza (od 02.01.2019 r. do 24.06.2019 r.) pozwoliła ustalić, że najdłuższe unieruchomienie w analizowanym okresie trwało 264 godziny z 1-godzinnym zwolnieniem pacjenta w międzyczasie (jego pierwsze unieruchomienie trwało 100 godzin, następnie pacjent został na godzinę zwolniony, a potem unieruchomiony na kolejne 164 godziny). Sytuacja ta miała miejsce w oddziale ogólnopsychiatrycznym, który nie był przedmiotem wizytacji. W oddziałach sądowych czas unieruchomienia nie przekraczał 24 godzin. Uwagę wizytujących zwrócił jeden z pacjentów z oddziału o wzmocnionym zabezpieczeniu, który w ciągu miesiąca poprzedzającego wizytację był unieruchamiany 8 razy, głównie nocami, na następujące okresy: 21 godz., 11 godz., 16 godz., 15 godz. 45 min., 2 godz. 15 min., 5 godz. 30 min., 3 godz. 30 min., 13 godz. 15 min.

Jak ustaliła delegacja KMPT pacjenci unieruchamiani pozostają w salach w towarzystwie innych pacjentów, nie są osłaniany parawanem, często nie są zwalniani do toalety, zakładany jest im pampers (co zapisywane jest w dokumentacji).

KMPT zwraca szczególną uwagę na stosowanie środków przymusu bezpośredniego z powodu ich inwazyjnego charakteru oraz potencjalnej możliwości nadużycia i złego traktowania. Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom (CPT) opracował zbiór zasad, dzięki którym przymus bezpośredni można uczynić mniej dolegliwym dla pacjenta.

Zgodnie z nimi, stosowanie przymusu powinno być traktowane, jako środek ostateczny. Po ustaniu sytuacji powodującej zastosowanie przymusu wobec pacjenta należy natychmiast zaprzestać jego stosowania. Pacjenci poddani środkom przymusu powinni być odpowiednio



ubrani i, w miarę możliwości, móc samodzielnie jeść i pić oraz zaspokajać swoje potrzeby fizjologiczne w miejscu do tego przeznaczonym. Pacjenci nie powinni być poddawani mechanicznym środkom przymusu w obecności innych pacjentów (chyba że pacjent wyraźnie wyraża chęć pozostania w towarzystwie innego pacjenta); wizyty innych pacjentów powinny odbywać się wyłącznie za wyraźną zgodą pacjenta poddanego środkowi przymusu. Czas stosowania środków przymusu mechanicznego i izolacji powinien być możliwie jak najkrótszy (zwykle minuty, a nie godziny) i zawsze powinien zostać zakończony, gdy ustaną przyczyny leżące u podstaw ich zastosowania. Utrzymywanie środków przymusu mechanicznego przez kilka dni nie może mieć żadnego uzasadnienia i mogłoby, zdaniem CPT, być równoznaczne ze złym traktowaniem. Po zaprzestaniu stosowania środków przymusu ważne jest udzielenie pacjentowi informacji, wyjaśnienie powodów zastosowania środka przymusu wobec niego, zmniejszenie urazu psychologicznego, jakiego doznał i przywrócenie relacji lekarz-pacjent. Daje to również szansę pacjentowi, wraz z personelem, na znalezienie alternatywnych sposobów utrzymania kontroli nad samym sobą, co może zapobiec przyszłym wybuchom przemocy i kolejnemu zastosowaniu środków przymusu<sup>12</sup>.

## **6.6. Dostęp do informacji**

Jawność postępowania wobec pacjenta, zapoznanie go z przyczynami detencji, planem leczenia, możliwościami terapeutycznymi, jest podstawową gwarancją pozwalającą budować jego zaufanie do instytucji, w której przebywa. W wizytowanym Szpitalu, pacjenci są zapoznawani z regulaminami (co potwierdza dokumentacja), wszystkie ważne informacje są dostępne na tablicach wewnątrz oddziałów.

Delegacja KMPT zwróciła uwagę na sytuacje cudzoziemców przebywających w Szpitalu i nieznających języka polskiego. W dniach wizyty w Szpitalu przebywało 2 cudzoziemców (Ukrainiec, Rumun). Jeden z nich przebywał od kilku dni, drugi zaś od ponad roku. Obydwaj Panowie nie posługiwali się językiem polskim ani angielskim. Przedstawiciele KMPT przeanalizowali dokładnie historię tych dwóch pacjentów pod kątem zapewnienia im właściwej informacji oraz leczenia w przypadku wystąpienia bariery językowej.

Obywatel Ukrainy został przyjęty do Szpitala 18.06.2019 r. Tego samego dnia podpisał się pod oświadczeniem (sporządzonym w języku polskim), że został poinformowany o

---

<sup>12</sup> Zob.: *Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych*. Standardy Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu [CPT/Inf(2017)6].

warunkach wykonywania środka zabezpieczającego, sposobie udzielania świadczeń zdrowotnych, wyposażeniu pomieszczeń oddziału w monitoring CCTV, a także pod drugim oświadczeniem (również w języku polskim), w którym potwierdza, że został poinformowany m.in. o celu przyjęcia do szpitala, proponowanych czynnościach leczniczych i diagnostycznych oraz skutkach tych działań. Jak ustalono w trakcie delegacji, pacjent nie posługiwał się językiem polskim, a tłumacz biegły pojawił się u niego dopiero po 7 dniach od przyjęcia.

Z kolei, drugi pacjent nieposługujący się językiem polskim – obywatel Rumunii – przebywa w szpitalu od 21.08.2018 r. Został zatrzymany i umieszczony w szpitalu w związku ze stosowaniem gróźb karalnych wobec funkcjonariuszy policji. Tłumacz obecny był tylko na etapie przesłuchiwania i wstępnego badania ambulatoryjnego. Z dokumentacji pacjenta wynika, że ze względu na barierę językową, nie korzysta z terapii psychologicznej, psychoedukacji, w sposób bardzo ograniczony włącza się w inne formy oddziaływania np. terapię zajęciową. Bariera językowa nie pozwala na pełną ocenę jego stanu psychicznego (w dokumentacji czyt.: „Ze względu na barierę językową możliwości sprawowania należytego nadzoru nad leczeniem, w tym zażywania leków, bieżącej kontroli postępów leczenia oraz rehabilitacji pacjenta są bardzo ograniczone”). W związku z powyższym Dyrektor Szpitala już w październiku 2018 r. zawnioskował do sądu o wszczęcie procedury przekazania pacjenta do kraju pochodzenia w trybie art. 610 k.p.k. Z dalszej korespondencji wynika, że sąd podjął stosowane kroki mające na celu przekazanie wykonania orzeczonego wobec podejrzanego środka zabezpieczającego do jego kraju ojczystego. W razie wyrażenia zgody na to przez podejrzanego planowane jest niezwłoczne wystąpienie do Ministra Sprawiedliwości w trybie art. 610 § 1 k.p.k.

Przykład tych dwóch pacjentów skłania do pytania o rzetelność prowadzonych rozmów wstępnych, tak istotnych z punktu widzenia zapewnienia cudzoziemcowi podstawowych informacji dotyczących jego praw, obowiązków czy zagrożeń, jakie może napotkać podczas pobytu w oddziale. W ocenie KMPT konieczne jest przygotowanie rozwiązań (strategii lub procedur) gwarantujących, że wszelkie dokumenty, w tym wymagające podpisania oświadczenia, będą sporządzane w zrozumiałym dla nich języku. Za niedopuszczalne i rażąco naruszające prawo do informacji należy uznać zobowiązanie cudzoziemca do podpisywania i sporządzania jakichkolwiek dokumentów w języku polskim, w sytuacji gdy się nim nie posługuje. Ponadto ważnym jest, aby cudzoziemcy mieli zapewniony dostęp do przetłumaczonych na języki obce informatorów (poradników) dotyczących praw osób, wobec których stosowany jest środek zabezpieczający.

Wedle standardów międzynarodowych, w momencie przyjęcia i tak często, jak jest to potrzebne również później, wszystkie osoby pozbawione wolności winny być informowane pisemnie i ustnie w języku, który rozumieją, o przepisach regulujących dyscyplinę oraz ich prawa i obowiązki. Co więcej, osoby te mają prawo do posiadania pisemnej wersji przekazanych im informacji.

Wobec powyższego przedstawiciele KMPT zalecają, aby wszelkie informacje dotyczące praw i obowiązków pacjentów, także zasad wykonywania środka zabezpieczającego oraz oświadczeń sporządzanych w trakcie izolacji, były im przekazywane w języku dla nich zrozumiałym np. za pośrednictwem tłumacza czy informatycznych komunikatorów językowych. Dyrekcja Szpitala zadeklarowała, że w planach na najbliższą przyszłość jest sporządzenie regulaminów w kilku najbardziej popularnych językach obcych.

Ponadto, analizując dokumenty regulujące funkcjonowanie oddziałów, przedstawiciele KMPT odnotowali, że zapisy Regulaminu oddziału I D psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu oraz Regulaminu oddziału I AB o podstawowym zabezpieczeniu powołują się na nieobowiązujące już rozporządzenie 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), uchylone z dniem 2.01.2017 r.

## **6.7. Mechanizm skargowy**

W Szpitalu prowadzona jest Księga skarg. Każda skarga, która wpłynie do Dyrekcji Szpitala jest analizowana. Na każdą skargę Dyrekcja wystosowuje odpowiedź. W oddziałach o podstawowym i wzmocnionym stopniu zabezpieczenia skargi dotyczyły głównie jakości posiłków (jedna skarga pacjenta dotyczyła tego, że jeden z lekarzy Szpitala przeszczepia w piwnicy narządy ludzkie. Sprawa została wyjaśniona przez Prokuraturę, która ustaliła, że zarzuty wynikały z urojeń pacjenta).

W Szpitalu od listopada 2018 r. nie ma Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Obowiązki RPP przejęło Biuro Praw Pacjenta w Warszawie na ul. Młynarskiej 6. Mimo dostępnych w oddziałach adresów instytucji skargowych, pacjenci posiadali niewielką wiedzę na temat mechanizmu skargowego, intuicyjnie wskazywali ordynatora lub pielęgniarkę, jako osoby, do których mogą się zgłosić, sporadycznie wspominano o RPP.

Mimo braku uwag co do sposobu rozpatrywania skarg przez Dyrektora Szpitala, Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur uważa, że we wszystkich placówkach stacjonarnej opieki psychiatrycznej powinien być zatrudniony Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego – niezależny organ, który wspierałby i zajmowałby się sprawami osób chorych psychicznie, co przyczyniłoby się do poprawy przestrzegania ich praw.

## **6.8. Personel**

Delegacja KMPT zaobserwowała duże zaangażowanie w opiekę nad pacjentami. Jest to godne uwagi, chociażby ze względu na występowanie braków kadrowych oraz często niewysokiego wynagrodzenia personelu, który pracuje w bardzo trudnych warunkach.

W Szpitalu prowadzone są szkolenia z przymusu bezpośredniego. Okresowo odbywają się również szkolenia wewnętrzne, a plan szkoleń, zwłaszcza pielęgniarskich, jest dostępny w oddziałach. Liczba szkoleń specjalistycznych, przeznaczonych dla lekarzy i psychologów, odbywających się w Szpitalu jest jednak niewystarczająca. Ale Dyrekcja umożliwia szkolenia zewnętrzne, nie ogranicza do nich dostępu, co pozwala lekarzom i psychologom na doksztalcanie się w wybranych kierunkach, choć za własne środki finansowe. W oddziałach, zarówno podstawowym, jak i wzmocnionym, zatrudniona jest kadra, która poszerza swoją wiedzę, szkoląc się w ramach konferencji sądowo-psychiatrycznych, a także często bierze udział czynny w tych konferencjach przedstawiając wystąpienia dotyczące zagadnień sądowych, przez co czynnie uczestniczy w szkoleniu kolegów z innych szpitali psychiatrycznych.

Z uwagi na specyfikę pracy, występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pacjentami oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, KMPT zaleca, by katalog oferowanych personelowi szkoleń i warsztatów wzbogacić o tematykę dotyczącą: kontaktu z trudnym pacjentem, rozwiązywania konfliktów, sposobów radzenia sobie ze stresem i agresją, problematyki wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku. Ważne jest także zaznajomienie pracowników z *Protokołem stambulskim*, czyli *Podręcznikiem skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*. Przypadek jednego z pacjentów, który wyznał psychologowi Szpitala, że był ofiarą przemocy w jednostce penitencjarnej, z której został przywieziony ujawnił, że pracownicy nie wiedzą, w jaki sposób pomóc ewentualnym ofiarom tortur, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania.

Niezależnie od posiadanego doświadczenia, ze względu na charakter pracy niezbędne są superwizje dla zespołu terapeutycznego umożliwiające przepracowanie emocji, związanych z procesem terapeutycznym z trudnym pacjentem lub okresowo pojawiających się napięć w zespole terapeutycznym, które wpływają na relacje z pacjentami i ich współodczuwanie i zachowania. W opinii ekspertów KMPT w tego typu pracy niezbędna jest umiejętność identyfikowania przeniesień i przeciwprzeniesień, gdyż wpływa to bezpośrednio na relację z pacjentem.

KMPT zaleca zatem zapewnienie odpowiedniego wsparcia dla personelu poprzez rozbudowanie oferty szkoleń z zakresu kontaktu z trudnym pacjentem, rozwiązywania konfliktów, sposobów radzenia sobie ze stresem i agresją, problematyki wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku; wprowadzenie zewnętrznej superwizji, a także zaznajomienie personelu z treścią *Protokołu stambulskiego*.

## **7. Rekomendacje**

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

### **7.1. Dyrektorowi Mazowieckiego Specjalistycznego Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza z siedzibą w Pruszkowie:**

- 7.1.1.** zaprzestanie przeprowadzania kontroli osobistej polegającej na rozebraniu się do naga i zrobieniu przysiadu;
- 7.1.2.** tymczasowe umieszczanie na oddziałach o podstawowym zabezpieczeniu lub oddziałach ogólnopsychiatrycznych pacjentów z oddziałów o wzmocnionym zabezpieczeniu, wobec których wydano decyzję/zgodę na internację w warunkach podstawowego zabezpieczenia i którzy oczekują na miejsce w wyznaczonym szpitalu;
- 7.1.3.** stosowanie przymusu bezpośredniego zgodnie ze standardami zawartymi w pkt 6.5. raportu, w szczególności poza obecnością innych pacjentów, z chwilowymi przerwami na czynności fizjologiczne i zjedzenie posiłku, napicie wody;
- 7.1.4.** przekazywanie cudzoziemcom nieposługującym się językiem polskim wszelkich informacji i oświadczeń sporządzanych w trakcie izolacji w języku dla nich zrozumiałym np. za pośrednictwem tłumacza czy informatycznych komunikatorów językowych;

- 7.1.5. zaprzestanie karania pacjentów oraz stosowania wobec nich odpowiedzialności zbiorowej;
- 7.1.6. specjalistyczne przeszkolenie lekarzy wykonujących zabiegi EW, a także stałe podnoszenie ich kwalifikacji, by mogli oni oferować jak najwyższy standard świadczeń i minimalizować ryzyko powikłań;
- 7.1.7. zapewnienie odpowiedniego wsparcia dla personelu poprzez rozbudowanie oferty szkoleń z zakresu kontaktu z trudnym pacjentem, rozwiązywania konfliktów, sposobów radzenia sobie ze stresem i agresją, problematyki wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku, zaznajomienie pracowników z *Protokołem stambulskim*, czyli *Podręcznikiem skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania*;
- 7.1.8. wprowadzenie zewnętrznej superwizji dla pracowników;
- 7.1.9. zrewidowanie praktyki polegającej na sprzątaniu przez pacjentów pomieszczeń wspólnych w oddziałach, sposobu dokumentowania tych czynności oraz określenia w regulaminach przejrzystych zasad wykonywania tych czynności;
- 7.1.10. zastosowanie leków nowej generacji (tzw. LAI) w przypadku pacjentów, przynajmniej tych, wobec których personel planuje wnioskować o zakończenie detencji;
- 7.1.11. dokumentowanie obrażeń, za zgodą pacjenta, za pomocą zdjęć;
- 7.1.12. wyposażenie oddziałów sądowych w materiały, rekwizyty i sprzęt do zajęć terapii zajęciowej (np. gry usprawniające funkcje poznawcze gry logiczne, stoper, rowerek do ćwiczeń, etc.);
- 7.1.13. zapewnienie pacjentom większego dostępu do zajęć sportowych w salach do ćwiczeń sportowych oraz na świeżym powietrzu;
- 7.1.14. zwiększenie liczby wspólnych zajęć międzyoddziałowych (dyskoteki, konkursy i zawody);
- 7.1.15. uwzględnienie w programach terapeutycznych zajęć takich jak: trening zastępowania agresji, trening inteligencji emocjonalnej czy trening metapoznawczy;
- 7.1.16. rozważenie możliwości wprowadzenia dyżurów pełnionych przez rezydentów w godzinach popołudniowych, co mogłoby odciążyć w tych godzinach lekarza dyżurnego;

- 7.1.17. częstszego wydawania przepustek do 7 dni, wobec pacjentów, którzy się do nich kwalifikują;
- 7.1.18. polepszenie komunikacji pomiędzy pacjentami a lekarzami na zasadach opisanych w pkt 6.3.3. raportu;
- 7.1.19. wprowadzenie wspólnych konsyliów oddziałów sądowych i oddziałów ogólnopsychiatrycznych, w których przebywają pacjenci detencyjni;
- 7.1.20. zapewnienie odpowiednich warunków bytowych poprzez zorganizowanie pacjentom w miarę możliwości właściwego środowiska terapeutycznego i przestrzeni życiowej;
- 7.1.21. wyposażenie pomieszczeń oddziałów sądowych w sygnalizację alarmowo-przyzywową;
- 7.1.22. usunięcie zawilgoceń na ścianach oddziału o wzmocnionym zabezpieczeniu;
- 7.1.23. opracowanie regulaminów oddziałów sądowych w oparciu o aktualne akty prawne.

## **7.2. Rzecznikowi Praw Pacjenta:**

- 7.2.1. zapewnienie w Mazowieckim Specjalistycznym Centrum Zdrowia w Pruszkowie obecności Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.