

KMP.574.14.2017.RK

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur  
z wizytacji Oddziału Psychiatrycznego  
Sosnowieckiego Szpitala Miejskiego Sp. z o.o. w Sosnowcu**

**1. Wprowadzenie**

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 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 13-14 września 2017 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Mechanizm) wizytował Oddział Psychiatryczny Sosnowieckiego Szpitala Miejskiego Sp. z o.o. w Sosnowcu, ul. Zegadłowicza 3 (zwany dalej: Oddziałem, Szpitalem, placówką).

W skład zespołu wizytującego wchodziło: Rafał Kulas (prawnik), Łukasz Musiałkowski (pedagog resocjalizacyjny), Michał Kleszcz (prawnik, przedstawiciel Biura Pełnomocnika Terenowego RPO w Katowicach).

W wizytacji uczestniczyła również dr n. med. Bożena Pietrzykowska-Bodnar, lekarz specjalista psychiatra (dalej ekspert KMPT), której ekspertyza została włączona w treść niniejszego raportu.

Celem wizytacji było sprawdzenie sposobu przestrzegania praw osób umieszczonych w oddziale psychiatrycznym oraz dokonanie oceny ich ochrony przed torturami oraz innym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem. Przedstawiciele KMPT interesowali się szczególnie traktowaniem pacjentów przebywających w oddziale bez zgody, na podstawie art. 23 ust. 1, art. 24 ust. 1, art. 28 i art. 29 ust.1 ustawy z dn. 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2017 r., poz. 882), dalej jako: u.o.z.p.

W czasie wizyty wykonano następujące czynności:

- przeprowadzono wstępną rozmowę z lek. med. Krzysztofem Klinke – Kierownikiem Oddziału,
- dokonano oglądu pomieszczeń placówki, w tym sal pacjentów, sanitariatów, jadalni, sali terapii, izby przyjęć i izolatki,
- podczas oglądu Oddziału przeprowadzono rozmowy z personelem i pacjentami,
- przeprowadzono indywidualne rozmowy z pacjentami, bez obecności osób trzecich, w warunkach zapewniających poufność rozmowy,
- dokonano analizy dokumentacji dostępnej na miejscu, w tym m.in. akt osób przyjętych bez zgody, dokumentacji dotyczącej stosowania środków przymusu bezpośredniego, raportów lekarskich i pielęgniarskich,
- wykonano dokumentację fotograficzną pomieszczeń Oddziału i wybranej dokumentacji.

Przedstawiciele KMPT poinformowali Kierownika Oddziału i Marię Kuca-Mulak – Pielęgniarkę Oddziałową o ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności oraz wysłuchali ich uwag i wyjaśnień.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano wybraną dokumentację oraz zapis monitoringu, dokumentujący zastosowanie wobec pacjenta przymusu bezpośredniego.

W przedmiocie zainteresowania KMPT każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: legalność pobytu, traktowanie pacjentów, prawo pacjentów do informacji, kontaktów ze światem zewnętrznym, ochrony zdrowia, usług opiekuńczych, terapeutycznych i kulturalno-oświatowych, prawo do praktyk religijnych, warunki bytowe, dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, kwalifikacje personelu.

W niniejszym raporcie opisano jedynie te obszary, które w ocenie KMPT wymagają poprawy. Raport zawiera także problemy systemowe, wymagające zmian legislacyjnych.

## **2. Ogólna charakterystyka oddziału**

Oddział psychiatryczny Sosnowieckiego Szpitala Miejskiego Sp. z o.o. z siedzibą w Sosnowcu funkcjonuje od maja 2006 r. Przeznaczony jest dla 49 dorosłych kobiet i mężczyzn.

Oddział dysponuje własną izbą przyjęć z salą obserwacyjną i izolatką do stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia. Podzielony jest na dwie części – część

obserwacyjną (37 miejsc), w ramach której znajdują się 4 sale ścisłej obserwacji oraz część terapeutyczną.

W czasie wizytacji w Oddziale przebywało 11 pacjentów przyjętych w trybie bez zgody. Średni czas pobytu pacjenta wynosił 14 dni.

### **3. Problemy systemowe**

#### **3.1. Monitoring w szpitalach psychiatrycznych**

Podczas wizytacji Oddziału monitoringiem wizyjnym objęte były: sale obserwacyjne, izolatka, izba przyjęć oraz toaleta w sali obserwacyjnej. Z informacji udzielonych przez Kierownika Oddziału podczas rozmowy wstępnej wynikało, że nagrania przechowywane są przez 3 miesiące.

W celu oceny prawidłowości stosowania przymusu bezpośredniego i poszanowania praw i godności pacjentów, przedstawiciele KMPT poprosili podczas wizyty o kopię nagrań dokumentujących stosowanie przymusu wobec trójki pacjentów.

Z pismem Dyrektora Sosnowieckiego Szpitala Miejskiego Sp. z o.o. z dnia 17 października 2017 r., przekazano płytę z nagraniem monitoringu jednego pacjenta. Jednocześnie Dyrektor poinformował KMPT, że podczas próby nagrania pozostałych dwóch zapisów stwierdzono uszkodzenie dwóch twardych dysków, co uniemożliwiło ich odczytanie i skopiowanie nagrań. Uszkodzenie dysku nie zostało wcześniej zauważone, ponieważ bieżący monitoring był nagrywany, a uszkodzenie spowodowało skrócenie czasu nagrywania i utratę danych archiwalnych. Dyrektor sygnalizował, że szpital niezwłocznie przystąpił do przywracania systemowi parametrów zapewniających jego działanie w wymaganym zakresie.

Konieczność uregulowania w formie ustawy kwestii stosowania monitoringu w szpitalach psychiatrycznych, jak również sposobu gromadzenia, przetwarzania i przechowywania nagrań jest problemem zgłaszanym przez Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur od wielu lat<sup>1</sup>.

Był on też przedmiotem wystąpienia generalnego Rzecznika do Ministra Zdrowia, który zapowiedział, że postulaty zgłoszone przez RPO zostaną uwzględnione przy planowanej nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego<sup>2</sup>. Pomimo prac nad nowelizacją

---

<sup>1</sup> Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w roku 2015, s. 110-111; w roku 2016, s. 135-136.

<sup>2</sup> Wystąpienie generalne RPO z dnia 5.01.2016 r. do MZ, KMP.574.8.2015. Tekst wystąpienia wraz z odpowiedzią Ministra Zdrowia z dnia 5.02.2016 r., znak ZPP.073.1.2016, dostępny jest na stronie internetowej: [www.rpo.gov.pl](http://www.rpo.gov.pl).

powyższej ustawy, zaproponowany projekt nie zawiera przepisów regulujących kwestię monitoringu. Problem pozostaje więc aktualny.

Kwestia stosowania monitoringu wizyjnego w miejscu pozbawienia wolności wiąże się w sposób nierozłączny z ograniczeniem konstytucyjnie chronionego prawa do prywatności określonego w art. 47 Konstytucji RP, a także w art. 8 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284).

Monitorowanie pacjentów szpitali, jako materia wkraczająca w podstawowe wolności i prawa obywatelskie, powinna zostać uregulowana w akcie prawnym rangi ustawy. W szczególności wskazuje na to treść art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, który stanowi, że *ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw.*

### 3.2. Instalacja przyzywowa

Wizytowana placówka nie posiada instalacji przyzywowej, umożliwiającej szybką interwencję personelu w sytuacjach kryzysowych związanych z nagłymi zapaściami zdrowotnymi pacjentów.

W ocenie KMPT przyciski alarmowo-przyzywowe powinny być dostępne we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez chorych (zarówno w salach chorych, jak i toaletach). Montaż sygnalizacji przywoławczej ma szczególne znaczenie dla osób z niepełnosprawnościami, które zgodnie z wymogami Konwencji ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych<sup>3</sup> powinny mieć zapewnione różne formy pomocy osób, szeroko rozumianą dostępność umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi oraz którym w zakresie wolności i bezpieczeństwa osobistego, powinno się zapewnić racjonalne usprawnienia.

Brak sygnalizacji przyzywowej w szpitalach psychiatrycznych jest problemem systemowym, sygnalizowanym władzom krajowym przez KMPT w raporcie z działalności w 2016 r.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169).

<sup>4</sup> Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w roku 2016, s. 137-138.

Problem ten był też przedmiotem wystąpienia generalnego do Ministra Zdrowia, w którym Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się o rozważenie podjęcia działań legislacyjnych polegających na wprowadzeniu stosownego wymogu w obowiązujących przepisach<sup>5</sup>.

W odpowiedzi Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia poinformował Rzecznika, iż jego zdaniem wprowadzenie zaproponowanych zmian jest niezasadne, z uwagi na fakt, że pacjenci szpitalnych oddziałów psychiatrycznych są sprawni fizycznie<sup>6</sup>. Sprawa pozostaje w zainteresowaniu Rzecznika Praw Obywatelskich.

KMPT zaleca zainstalowanie instalacji przyzywowej w salach pacjentów.

#### **4. Obszary wymagające poprawy**

##### **4.1. Legalność pobytu**

Analiza dokumentacji pacjentów przyjętych bez zgody wykazała, że dochodziło do sytuacji, gdy decyzję w przedmiocie przyjęcia podejmował jeden lekarz psychiatra, bez zasięgnięcia opinii drugiego specjalisty w tej dziedzinie lub psychologa.

Zgodnie z art. 23 ust. 2 u.o.z.p. *o przyjęciu do szpitala osoby, o której mowa w ust. 1, postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa.*

Pomimo, że cytowany wyżej przepis ustawy nie nakłada obowiązku zasięgnięcia opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa, a jedynie zalecenie do zasięgnięcia ich opinii, w ocenie KMPT opinia taka stanowi dodatkowe zabezpieczenie pacjenta przed ewentualną pomyłką lekarską i powinna być w tym przypadku powszechnym standardem. Należy mieć bowiem na względzie, że przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody stanowi głęboką ingerencję w podstawowe wolności człowieka. W takim przypadku organy władzy publicznej powinny dołożyć wszelkich starań w zakresie zapobiegania ewentualnym pomyłkom w ocenie przesłanek uzasadniających pobyt.

Warto w tym miejscu odwołać się do standardów Europejskiego Komitetu ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu i Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT), który wskazał, że *osoby chore psychicznie i niepełnosprawne umysłowo – z racji swojej wrażliwości – wymagają znacznej uwagi, tak aby uniknąć wszelkich działań – czy też nie dopuścić się zaniechania – na ich szkodę. Wynika z tego, że przymusowe umieszczenie*

<sup>5</sup> Wystąpienie generalne RPO z dnia 22.05.2017 r. do MZ, KMP.574.4.2017.

<sup>6</sup> Pismo Podsekretarza Stanu w MZ z dnia 09.08.2017 r., OZO.073.21.2017/CP.

*w ośrodku psychiatrycznym powinno być zawsze związane z właściwymi gwarancjami.(...) W procedurze podejmowania decyzji o przymusowym umieszczeniu w ośrodku należy zapewnić gwarancje niezależności i bezstronności, a także obiektywne ekspertyzy lekarskie<sup>7</sup>.*

Mechanizm zaleca, aby przy wydawaniu decyzji o przyjęciu pacjenta na Oddział Psychiatryczny zasięgać opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa, chyba że nie będzie to możliwe ze względu na jego nieobecność na dyżurze.

Wątpliwości KMPT budzi tryb przyjęcia na Oddział (za zgodą) obywatela Ukrainy. Z dokumentacji pacjenta, w tym wywiadu przy przyjęciu, wynika, że pacjent nie znał języka polskiego, słabo znał język angielski, a kontakt z nim był utrudniony.

W dokumentacji znajduje się oświadczenie o wyrażeniu zgody na przyjęcie na oddział sporządzone w języku polskim. Z informacji udzielonej przedstawicielom KMPT przez personel wynika, że Szpital nie zapewnił mu tłumacza oraz tłumaczenia oświadczenia na język dla niego zrozumiały.

Cudzoziemiec nie został też zapoznany z Regulaminem organizacyjnym oraz prawami i obowiązkami pacjenta. Wszystkie oświadczenia pacjenta znajdujące się w dokumentacji były sporządzone w języku polskim i nie zostały podpisane.

Mechanizm pozytywnie ocenia praktykę polegającą na odnotowywaniu w dokumentacji medycznej informacji o barierze językowej w komunikacji z pacjentem. Zachęca jednak, by w celu uniknięcia wątpliwości w zakresie wyrażenia przez pacjenta zgody na pobyt, oświadczenie to zostało mu udostępnione w języku dla niego zrozumiałym. W przypadku dokonania tłumaczenia za pośrednictwem tłumacza, informacja taka powinna zostać odnotowana w dokumentacji. Warto też dokumentować, w jakim języku komunikuje się pacjent.

Mechanizm zaleca też, by wszelkie oświadczenia i informacje dotyczące praw, obowiązków pacjenta oraz fakt zapoznania się z Regulaminem organizacyjnym pacjenta były tłumaczone pacjentowi na język dla niego zrozumiały.

KMPT podkreśla, że prawo osoby pozbawionej wolności do bycia poinformowanym o wszystkich istotnych dla niej kwestiach (prawach, obowiązkach, obowiązujących procedurach, dostępie do opieki medycznej, możliwości składania skarg itp.) stanowi podstawową gwarancję chroniącą ją przed torturami i przemocą, silnie akcentowaną przez

---

<sup>7</sup> Fragment Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98) 12], § 51 i 52.

Podkomitet ONZ ds. Zapobiegania Torturom oraz innemu Okrutnemu, Nieludzkiemu, Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (SPT) i CPT<sup>8</sup>.

W ocenie CPT prawa osób pozbawionych wolności nie mają większej wartości, jeśli osoby te nie są świadome ich istnienia<sup>9</sup>.

W związku z tym niezwykle ważne jest, aby pacjenci wiedzieli o wszystkich ważnych kwestiach ich dotyczących, w tym prawach jakie im przysługują oraz Regulaminem organizacyjnym placówki, pod opieką której pozostają.

Analiza akt pacjentki przyjętej bez zgody w dniu 11 lipca 2017 r. wykazała brak informacji z sądu o treści postanowienia w przedmiocie zasadności przyjęcia. Zgodnie z art. 27 u.o.z.p. *o treści postanowienia w przedmiocie przyjęcia osoby, o której mowa w art. 23 i 24, sąd opiekuńczy zawiadamia niezwłocznie szpital, w którym ta osoba przebywa. W razie wydania postanowienia o braku podstaw do przyjęcia, szpital psychiatryczny jest obowiązany wypisać tę osobę niezwłocznie po doręczeniu mu postanowienia sądu.*

Uzyskanie powyższej informacji jest istotne z punktu widzenia legalności pozbawienia człowieka wolności. Z uwagi na powyższe KMPT zwraca się do Przewodniczącego IV Wydziału Rodzinnego i Nieletnich Sądu Rejonowego w Sosnowcu o udzielenie informacji, czy Sąd wydał postanowienie w przedmiocie przyjęcia pacjentki bez zgody oraz czy i kiedy, pacjentka oraz szpital, zostali powiadomieni o treści postanowienia. Dane pacjentki zostaną podane w piśmie przewodnim do raportu.

Mechanizm zwrócił też uwagę na pacjentkę, przyjętą w trybie art. 23 u.o.z.p., której, jak wynikało z informacji uzyskanych od personelu medycznego, stan zdrowia pozwalał na wypisanie do domu. Nie było to jednak możliwe z powodu trudnej sytuacji rodzinnej i braku dostępu do mieszkania. Pacjentka przekazała bowiem mieszkanie swojemu zmarłemu synowi, a synowa odmawiała jej wstępu do lokalu. Mieszkanie zostało przekazane w drodze darowizny, z równoczesnym ustanowieniem prawa dożywocia.

Szpital podjął w sprawie stosowne czynności – zawiadomił MOPS w Sosnowcu, którego pracownik kontaktował się z rodziną pacjentki, Policją i prawnikiem. Jednocześnie pacjentka nie zgadzała się na pobyt w domu pomocy społecznej. Informacje o postawie członków rodziny były odnotowywane przez personel szpitala w dokumentacji pacjentki.

---

<sup>8</sup> Raport SPT z wizyty we Włoszech, CAT/OP/ITA/1, § 42-45, 56; Raport SPT z wizyty w Szwecji, CAT/OP/SWE/1, § 44-49, 87, 144-145, 155; Raport SPT z wizyty w Brazylii, CAT/OP/BRA/1, § 33, 63-64; Raport SPT z wizyty w Nowej Zelandii, CAT/OP/NZL/ 1, § 42-43, 72-73; Fragment Drugiego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (92) 3], § 16 ; Fragment Szóstego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (96) 21], § 36, 39, 40; Fragment Dwunastego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (2002) 12], § 43-44, 50.

<sup>9</sup> Fragment Dwunastego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (2002) 12], § 44.

Z relacji pacjentki wynikało, że toczy się postępowanie sądowe o przymusowe umieszczenie jej w domu pomocy społecznej. Z powodu przebywania w szpitalu nie ma ona jednak wiedzy o jego przebiegu i ewentualnym rozstrzygnięciu. Informacje o wszczęciu postępowania w tej sprawie pacjentka uzyskała od pracownika MOPS.

Z uwagi na wątpliwości w zakresie naruszenia praw i wolności pacjentki Pełnomocnik Terenowy Rzecznika Praw Obywatelskich w Katowicach wszczął z urzędu postępowanie w tej sprawie<sup>10</sup>.

KMPT jest zaniepokojony możliwością przebywania na oddziale psychiatrycznym osoby, która nie wymaga już hospitalizacji, a która z uwagi na swoją sytuację rodzinną lub majątkową nadal w nim pozostaje.

Na problem ten zwracał uwagę również CPT, 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. W tym kontekście kontynuowanie pozbawienia wolności osoby z racji braku właściwych uwarunkowań w środowisku zewnętrznym stanowi praktykę wysoce dyskusyjną<sup>11</sup>.

W ocenie Komitetu *przymusowe umieszczenie w ośrodku psychiatrycznym nie powinno trwać dłużej, niż tego wymaga stan zdrowia psychicznego pacjenta. Dlatego konieczność dalszego pobytu w ośrodku powinna być regularnie weryfikowana*<sup>12</sup>.

Powyższa sytuacja wskazuje na możliwość istnienia problemu systemowego, wymagającego refleksji ze strony władz krajowych i podjęcia skutecznych działań, które zapewnią osobom, które ze względu na swój stan zdrowia nie powinny przebywać na oddziale psychiatrycznym, odpowiedniej opieki. Zagadnienie to będzie przedmiotem dalszego monitoringu KMPT.

## **4.2. Traktowanie**

W czasie rozmów indywidualnych pacjenci, co do zasady, pozytywnie ocenili traktowanie przez personel. Pojawiały się jednak głosy, że pielęgniarki są opryskliwe, zaś lekarze trudno dostępni i poświęcają pacjentom za mało czasu.

KMPT zaleca przypomnienie personelowi o konieczności poszanowania praw i godności pacjentów.

---

<sup>10</sup> Sygnatura sprawy: BPK.517.66.2017.

<sup>11</sup> Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych, CPT/Inf (98)12-part, § 57.

<sup>12</sup> Tamże, § 56.



Analiza zapisów monitoringu wykazała, że personel szpitala stosował unieruchomienie pacjentki za pomocą pasów, na łóżku w sali wieloosobowej bez użycia parawanu. Taki sposób stosowania przymusu nie gwarantuje poszanowania godności pacjenta.

Zgodnie z § 7 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. z 2012 r., poz. 740) *Przymus bezpośredni w formie unieruchomienia jest stosowany w pomieszczeniu jednoosobowym. W przypadku braku takiej możliwości, zgodnie z ust. 2 wskazanego przepisu przymus bezpośredni w formie unieruchomienia jest stosowany w sposób umożliwiający oddzielenie tej osoby od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu oraz zapewniający poszanowanie jej godności i intymności, w szczególności przez wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych bez obecności innych osób.*

Na potrzebę stosowania przymusu bezpośredniego poza zasięgiem wzroku innych pacjentów wskazuje również CPT<sup>13</sup>.

KMPT zaleca używanie parawanu podczas stosowania unieruchomienia w sali wieloosobowej.

Mechanizm ma też wątpliwości dotyczące powodów unieruchomienia pacjentki. Na nagraniu z monitoringu pacjentka zachowuje się spokojnie, rozmawia z personelem. W pewnym momencie jeden z mężczyzn chwyta ją z zaskoczenia. Pacjentka zostaje położona na łóżku i unieruchomiona. W zastosowaniu przymusu bierze czynny udział m.in. dwóch umundurowanych policjantów. Nagranie udostępnione KMPT jest fragmentaryczne (trwa 4:29:03) i nie widać na nim zakończenia stosowania przymusu.

Z uwagi na powyższe KMPT zwraca się z prośbą o wyjaśnienie, jakie były powody zastosowania wobec pacjentki przymusu bezpośredniego, jak długo trwał przymus oraz o nadesłanie kopii całości dokumentacji dot. zastosowanego unieruchomienia.

Delegacja KMPT została poinformowana w czasie rozmowy wstępnej, że z uwagi na brak zatrudnionych na Oddziale sanitariuszy, w sytuacjach pobudzenia pacjentów i konieczności ich unieruchomienia wzywani są funkcjonariusze Policji. W ocenie Kierownika Oddziału i personelu już sama obecność funkcjonariuszy działa na pacjentów wyciszająco, i często nie ma potrzeby ich czynnego udziału w stosowaniu unieruchomień.

---

<sup>13</sup> Raporty CPT z wizyty w Czechach, CPT/Inf (2015) 18, § 167; Raport CPT z wizyty w Danii, CPT/Inf (2014) 25, § 126.

Pomimo, że przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego pozwalają na udział funkcjonariuszy Policji w stosowaniu unieruchomienia pacjentów (art. 18 ust. 9 u.o.z.p.), praktyka ta budzi wątpliwości z terapeutycznego punktu widzenia. Jest również niezgodna ze standardami CPT.

W ocenie eksperta KMPT na oddziale psychiatrycznym powinny być stworzone warunki bezpieczeństwa, natomiast umundurowany funkcjonariusz Policji, z bronią, jest postrzegany przez pacjentów jako organ represji. Jego pojawienie się wzbudza poczucie zagrożenia, represyjności. Ekspert podkreśla, że jest to szczególnie istotne w sytuacji pacjentów psychiatrycznych z objawami psychotycznymi, które często polegają na urojeniach zagrożenia, inwigilacji, prześladowania. W sytuacji zagrożenia powinien interweniować wyłącznie personel medyczny. Powinni to być sanitariusze pracujący na oddziale, jeśli nie ma takiej możliwości, interwencyjnie powinni pomagać sanitariusze z innych jednostek szpitala.

Ekspert KMPT wskazuje też na zagrożenie związane z posiadaniem przez policjantów broni palnej. Istnieje bowiem ryzyko jej wyrwania przez któregoś z pacjentów, co stwarza realne zagrożenie dla zdrowia i życia osób przebywających na oddziale.

Praktykę wzywania funkcjonariuszy Policji lub pracowników firm ochroniarskich do pomocy personelowi medycznemu, w przypadku pobudzenia pacjentów, krytykuje także CPT, podkreślając w raportach z wizyt, że placówki opieki psychiatrycznej powinny dysponować wystarczającą liczbą właściwie wyszkolonych pracowników do podejmowania interwencji w sytuacji pobudzenia pacjentów<sup>14</sup>.

W czasie jednej z wizyt CPT wskazał, że policjanci nie są przeszkoleni w zakresie postępowania z pacjentami psychiatrycznymi, a ich obecność i użycie siły może spowodować u pacjenta traumę. Takie interwencje są nieodpowiednie i przerażające zarówno dla pacjenta, jak i dla innych pacjentów, którzy je obserwują<sup>15</sup>.

CPT uważa też za niedopuszczalne zatrudnianie w placówkach psychiatrycznych uzbrojonych strażników na stanowiskach, na których mogliby mieć kontakt z pacjentami<sup>16</sup>.

W ocenie Komitetu szpitale psychiatryczne powinny być miejscami bezpiecznymi dla pacjentów. Stwarzanie i utrzymywanie dobrych warunków życia dla pacjentów, jak również

---

<sup>14</sup> Raport CPT z wizyty w Holandii, CPT/Inf (2017) 1, § 138; Raport CPT z wizyty w Czechach, CPT/Inf (2015) 18, § 168; Raport CPT z wizyty w Danii, CPT/Inf (2014) 25, § 127; Raport CPT z wizyty w Islandii, CPT/Inf (2013) 37, § 81.

<sup>15</sup> Raport CPT z wizyty w Holandii, CPT/Inf (2017) 1, § 138.

<sup>16</sup> Raport CPT z wizyty we Włoszech, CPT/Inf (2017) 23, § 132.

odpowiedni klimat leczenia, będący priorytetowym zadaniem personelu szpitala, implikuje brak agresji i przemocy między pacjentami<sup>17</sup>.

Kierownictwo ośrodka psychiatrycznego powinno więc zadbać o to, by względy bezpieczeństwa nie przesłoniły terapeutycznych zadań personelu ośrodka psychiatrycznego<sup>18</sup>.

Z uwagi na powyższe w sytuacji, gdy Szpital dysponuje odpowiednią liczbą personelu medycznego, nie wskazane jest wzywanie funkcjonariuszy Policji w celu pomocy w stosowaniu przymusu bezpośredniego na terenie palcówki.

Zagadnienie udziału funkcjonariuszy Policji w stosowaniu przymusu bezpośredniego na terenie oddziałów i szpitali psychiatrycznych będzie przedmiotem dalszego monitoringu KMPT.

### **4.3. Prawo do informacji**

Znaczenie prawa do informacji w zapobieganiu torturom i innym formom złego traktowania podkreślano w pkt. 4.1. raportu. W tym kontekście KMPT chciałby zwrócić uwagę na dostęp pacjentów i innych osób do informacji o instytucjach, do których można zwrócić się o pomoc, w przypadku naruszania praw pacjentów – Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii 0 800 676 676), Rzecznika Praw Pacjenta, właściwego miejscowo sądu opiekuńczego i organizacji pozarządowych zajmujących się ochroną praw człowieka, np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.

Dostęp do tych informacji może przyczynić się do zwiększenia poczucia bezpieczeństwa pacjentów i prewencyjnie eliminować możliwe akty przemocy. Jak bowiem wskazuje CPT, skuteczne procedury składania skarg to podstawowe zabezpieczenia przeciwko złemu traktowaniu we wszystkich zakładach psychiatrycznych. Pacjenci psychiatryczni (a także członkowie ich rodzin lub prawni przedstawiciele) powinni mieć możliwość składania skarg w ramach systemu administracyjnego zakładu i powinni mieć prawo do kierowania skarg - na zasadzie poufności - do niezależnego podmiotu zewnętrznego<sup>19</sup>.

CPT podkreśla też, że każdemu pacjentowi w czasie przyjmowania do ośrodka - oraz jego rodzinie - powinno się udostępnić broszurę opisującą zasady obowiązujące na jego

---

<sup>17</sup> Środki przymusu w ośrodkach psychiatrycznych dla dorosłych, Wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego, CPT/Inf(98)12-part, § 37.

<sup>18</sup> Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych, CPT/Inf(98)12-part, § 31.

<sup>19</sup> Means of restraint in psychiatric establishments for adults (Revised CPT standards), Strasbourg, 21 March 2017, CPT/Inf(2017) 6, § 12.

terenie, a także prawa pacjenta. Pacjenci, którzy nie są w stanie zrozumieć broszury samodzielnie, powinni uzyskać stosowną pomoc<sup>20</sup>.

W wizytowanej placówce na tablicy informacyjnej znajdowały się informacje o możliwości złożenia skarg do działu organizacyjnego Szpitala, Rzecznika Praw Pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Wyeksponowane zostały również prawa pacjenta. KMPT zachęca do poszerzenia dostępnych informacji o dane teleadresowe: Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii 0 800 676 676), organizacji pozarządowych, właściwego miejscowo sądu opiekuńczego.

Warto podkreślić, że realizacja powyższego zalecenia nie pociąga za sobą dużych nakładów finansowych, co w odniesieniu do jego znaczenia i skuteczności przemawia za jego wprowadzeniem.

Analiza dokumentacji pacjentów ujawniła braki w postaci podpisów pacjentów pod oświadczeniem o zapoznaniu pacjentów z regulaminem oddziału, prawami i obowiązkami. KMPT zaleca każdorazowe zapoznawanie pacjentów z ich prawami i obowiązkami oraz odbieranie ich podpisów pod wszelkim oświadczeniami, które są oni w stanie zrozumieć oraz mogą wyrazić w danym zakresie swoją wolę.

#### **4.4. Warunki bytowe**

Warunki bytowe zapewnione pacjentom należy uznać za przeciętne. Podczas oglądu uwagę wizytujących zwrócił nierównomierny standard w wyposażeniu poszczególnych części oddziału. W części terapeutycznej sale chorych były odmalowane, kolory zapewniały stymulację wzrokową. W drugiej części Oddziału sale były surowe, zabrudzone, niekiedy pomazane napisami. Widoczna była mała dbałość o estetykę i przyjazny wystrój Oddziału dla pacjentów. Niektóre pomieszczenia (np. sale chorych, stołówka, toalety) wymagały odświeżenia.

Niepokój KMPT budzą zamontowane w oknach kraty, znajdujące się w dwóch (z czterech) salach obserwacyjnych. Doświadczenie Mechanizmu pokazuje, że powyższe rozwiązania ochronne nie są już spotykane w wizytowanych oddziałach psychiatrycznych. Nie mają też uzasadnienia terapeutycznego. W ocenie eksperta KMPT ich obecność wzbudza w pacjentach poczucie zagrożenia i izolacji.

Kraty w oknach w instytucjach opieki psychiatrycznej krytykuje także CPT, wskazując, że takie rozwiązania przyczyniają się do wytworzenia środowiska karnego<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych, CPT/Inf (98)12-part, § 53.

Wątpliwości wzbudza też monitoring znajdujący się w toalecie jednej z sal obserwacyjnych. Swoim zakresem nie obejmuje on wprawdzie samego WC, niemniej jednak przy rozebraniu się pacjenta w tym pomieszczeniu, narusza on jego prawo do prywatności i godności. Ekspert KMPT wskazał wręcz, że niszczy on intymność pacjenta.

W ocenie KMPT należy zastosować inne środki pozwalające pogodzić konieczność zapewnienia bezpieczeństwa z zachowaniem niezbędnych warunków dla poszanowania intymności pacjenta. Przykładowo CPT rekomenduje, aby w sytuacji, gdy konieczne jest umieszczenie pacjenta pod nadzorem wideo, zachować jego prywatność podczas korzystania z toalety na przykład poprzez pikselowanie obrazu obszaru toaletowego<sup>22</sup>.

KMPT zaleca zapewnienie pacjentom intymności podczas korzystania z toalety.

Delegacja Mechanizmu zwróciła uwagę na brak zasłony prysznicowej w toalecie, co w ocenie wizytujących może prowadzić do naruszenia intymności podczas kąpieli. KMPT rekomenduje zapewnienie pacjentom intymności podczas kąpieli.

Podczas oglądu sanitariatów dostrzeżono także brak deski sedesowej, mydła i ręczników do rąk. Mechanizm zaleca uzupełnienie powyższych braków.

Delegacja zwróciła również uwagę na brak dostępnych dla pacjentów szaf na ubrania. Trzymali oni swoje rzeczy w reklamówkach pod łóżkiem. W ocenie eksperta KMPT szafy na ubrania w salach lub na korytarzach zwiększyć mogą poczucie komfortu pacjentów w uciążliwych warunkach, jakie powoduje sam pobyt w szpitalu.

CPT wskazuje, że powinno się dążyć do zapewnienia takich warunków materialnych, które sprzyjają leczeniu i dobremu samopoczuciu pacjentów. Ma to duże znaczenie nie tylko dla pacjentów, lecz także dla personelu pracującego w ośrodkach psychiatrycznych<sup>23</sup>.

*W ocenie Komitetu stworzenie pozytywnego środowiska terapeutycznego obejmuje, w pierwszym rzędzie zapewnienie właściwej przestrzeni życiowej pacjentom, a także odpowiednie oświetlenie, ogrzewanie i wentylację, utrzymywanie ośrodka w zadowalającym stanie oraz spełnianie wymogów higienicznych. 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*

---

<sup>21</sup> Raport CPT z wizyty w Serbii, CPT/Inf (2016) 21, § 156; Raport CPT z wizyty w Wielkiej Brytanii, CPT/Inf (96) 11, § 268; Raport CPT z wizyty w Finlandii, CPT/Inf (2015) 25, § 97 .

<sup>22</sup> Raport CPT z wizyty w Holandii, CPT/Inf (2017) 1, § 134; Raport CPT z wizyty w Kosowie, CPT/Inf (2016) 23, § 98.

<sup>23</sup> Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych, CPT/Inf(98)12-part, § 32.

*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>24</sup>.*

Podczas wizyty w Serbii CPT zwrócił uwagę na powyższe braki i rekomendował władzom zapewnienie pacjentom bardziej przyjaznego i spersonalizowanego środowiska, w szczególności poprzez zapewnienie im zamykanej szafki na przedmioty osobiste i pozwolenie na posiadanie w pokojach rozsądnej liczby rzeczy osobistych i dekoracji<sup>25</sup>.

Z kolei podczas wizyty na Słowenii wskazał na wysoki standard warunków materialnych na oddziale psychiatrii sądowej, w tym możliwość trzymania rzeczy osobistych w swoich pokojach. Pacjenci otrzymali zamykaną przestrzeń składową (klucze były przechowywane przez pielęgniarki i wydawane na prośbę pacjentów) i mogli trzymać rzeczy osobiste w swoich pokojach<sup>26</sup>.

KMPT zaleca rozważenie zapewnienia pacjentom szaf na ubrania.

Pomimo posiadania przez placówkę wydzielonej części ogrodu, umożliwiającej pacjentom codzienne przebywanie na świeżym powietrzu, z powodu wakatu na stanowisku terapeuty zajęciowego, nie wychodzili oni w ogóle na spacer. Podczas rozmowy wstępnej i podsumowującej wizytację Kierownik Oddziału sygnalizował, że trwają starania zmierzające do zatrudnienia terapeuty. Nie przynoszą one jednak rezultatu. Delegacja została też poinformowana, że możliwość spaceru nie dotyczy pacjentów z części obserwacyjnej.

Mechanizm jest zaniepokojony powyższą sytuacją. W ocenie eksperta KMPT nasila to u pacjentów poczucie ograniczenia swobody i izolacji. Ekspert podkreśla, że dla realizacji spacerów nie jest wymagana obecność terapeuty zajęciowego. Jeśli konieczna jest obecność członka personelu szpitala (teren placu spacerowego jest ogrodzony) dozoru nad pacjentami może dokonywać inny członek kadry.

Warto w tym miejscu odwołać się do standardów CPT, zgodnie z którymi *leczenie psychiatryczne powinno opierać się na zindywidualizowanym podejściu, które implikuje sporządzenie planu leczenia dla każdego pacjenta. Plan taki powinien obejmować szeroki zakres czynności rehabilitacyjnych i terapeutycznych, kontakt ze sztuką, teatrem, muzyką i sportem. Pacjenci powinni mieć regularny dostęp do właściwie wyposażonych pokojów*

---

<sup>24</sup> Tamże, § 34.

<sup>25</sup> Raport CPT z wizyty w z wizyty w Serbii, CPT/Inf (2016) 21, § 156 i 157.

<sup>26</sup> Raport CPT z wizyty w Słowenii, CPT/Inf (2017) 27.

rekreacyjnych oraz mieć możliwość codziennych ćwiczeń na świeżym powietrzu; pożądane jest także stworzenie pacjentom możliwości nauki i odpowiedniej pracy<sup>27</sup>.

KMPT zaleca zapewnienie wszystkim pacjentom możliwości przebywania na świeżym powietrzu przynajmniej przez godzinę dziennie, w przypadku dobrych warunków atmosferycznych.

#### **4.5. Dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami**

Oddział nie jest dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. W celu zmiany tego stanu niezbędne jest dokonanie przeglądu pomieszczeń, z których mogłyby korzystać takie osoby oraz spełnienie następujących standardów:

- szerokość drzwi nie mniejsza niż 90 cm,
- progi do wysokości 2 cm (pożądany byłby brak progów),
- wysokość klamek, włączników światła, przycisków itp. – 90-120 cm,
- przestrzeń manewrowa – 150 cm x 150 cm,
- w sanitariatach – brodzik nie posiadający progów lub do 2 cm wysokości,
- wysokość muszli ustępowej powinna oscylować między 45 a 55 cm,
- poręcz przy muszli ustępowej zainstalowana w odległości 40 cm od osi muszli do osi poręczy, na wysokości 70-85 cm (mierzone od wierzchu górnej poręczy),
- umywalka na wysokości 85 cm – górna krawędź i 70 cm – dolna krawędź z możliwością podjazdu wózkiem,
- lustra w łazienkach zawieszane na wysokości do 100 cm od posadzki (dolna krawędź; pożądane byłoby lustra umożliwiające ich pochylanie),
- stosowanie baterii jednouchwytowych z wydłużoną rączką lub na fotokomórkę, ułatwiającą korzystanie z nich osobom z niedowładem kończyn górnych,
- uchwyt do papieru umieszczony na wysokości do 120 cm,
- w jadalni wysokość stołu powinna oscylować między 67-80 cm (miejsce na nogi osoby siedzącej na wózku powinno wynosić min. 30 cm),
- tablice informacyjne powinny znajdować się na wysokości od 80 cm (dolna krawędź) do 180 cm (górna krawędź).

Powyższe standardy zostały opracowane we współpracy z Fundacją Polska Bez Barier i uznane za optymalne z punktu widzenia potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

---

<sup>27</sup> Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych, CPT/Inf (98)12-part, § 37.

Przedstawiciele KMP podkreślają, że zgodnie z przyjętą w dniu 1 sierpnia 1997 roku przez Sejm RP Kartą Praw Osób Niepełnosprawnych (M. P. z 1997 r. Nr 50, poz. 475), osoby niepełnosprawne mają prawo życia w środowisku wolnym od barier funkcjonalnych. Nadto Polska w dniu 6 września 2012 roku ratyfikowała przyjętą w dniu 13 grudnia 2006 roku przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169). Zgodnie z jej treścią należy umożliwić osobom niepełnosprawnym niezależne życie i pełny udział we wszystkich jego sferach. Zarówno wymieniona Karta, jak i Konwencja dotyczą również osób pozbawionych wolności oraz środowiska stworzonego w miejscu ich osadzenia.

W związku z powyższym KMPT zaleca dokonanie przeglądu pomieszczeń, z których mogą korzystać osoby z niepełnosprawnościami i dostosowanie pomieszczeń, zgodnie ze wskazanymi wyżej standardami, podczas najbliższego remontu placówki.

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

Z uwagi na wakat na stanowisku terapeuty zajęciowego, w czasie wizytacji Mechanizmu, w placówce nie odbywały się zajęcia kulturalno-oświatowe i terapeutyczne. W czasie rozmów indywidualnych pacjenci skarżyli się na brak zajęć i bierne spędzanie czasu. Ekspert KMPT wskazał też na brak dostępu do zajęć takich jak psychorysunek, biblioterapia, psychodrama.

Pismem z dnia 12.10.2017 r. Dyrektor Szpitala poinformował Mechanizm, że oddział w dalszym ciągu jest w trakcie poszukiwania terapeuty zajęciowego. Powyższa sytuacja jest niepokojąca, albowiem wizytacja KMPT miała miejsce miesiąc przed udzieleniem odpowiedzi i jak wynika z pisma sytuacja nie uległa poprawie.

Brak zajęć dla pacjentów jest niezgodny z przepisami § 6 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych (Dz. U. z 2014 r., poz. 522), które przewiduje prowadzenie zajęć rehabilitacyjnych 5 razy w tygodniu (w wymiarze od 2 do 5 godzin dziennie, w tym co najmniej 2 razy w tygodniu w godzinach popołudniowych) oraz zapewnienie pacjentom dostępu do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną, w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy.

Należy wskazać, że celem niniejszych zajęć jest m.in. zmniejszenie nasilenia objawów chorobowych i przeciwdziałanie ich nawrotom oraz nauka aktywnego udziału we własnym leczeniu. Z uwagi powyższe KMPT zachęca Dyrektora Szpitala do zwiększenia wysiłków na



rzecz zatrudnienia terapeuty zajęciowego oraz zaleca zapewnienie pacjentom dostępu do powyższych form aktywności, stosownie do przepisów prawa.

Ekspert KMPT zwróciła też uwagę na bardzo małą salę terapii zajęciowej. W jej ocenie należałoby rozważyć bardziej odpowiednie do tego celu pomieszczenie. Z uwagi na powyższe KMPT zaleca rozważenie zorganizowania większej sali terapii zajęciowej.

## **5. Zalecenia**

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca **Prezesowi Zarządu Sosnowieckiego Szpitala Miejskiego Sp. z o.o. w Sosnowcu:**

1. usunięcie krat w oknach,
2. zapewnienie pacjentom intymności podczas korzystania z toalety,
3. zapewnienie pacjentom intymności podczas kąpieli,
4. używanie parawanu podczas stosowania unieruchomienia w sali wieloosobowej,
5. zapewnienie wszystkim pacjentom możliwości przebywania na świeżym powietrzu przynajmniej przez godzinę dziennie, w przypadku dobrych warunków atmosferycznych,
6. odświeżenie wyeksploatowanych pomieszczeń Oddziału,
7. uzupełnienie braków w toaletach w postaci – deski sedesowej, mydła i ręczników do rąk,
8. zainstalowanie instalacji przyzywowej w salach pacjentów,
9. rozważenie zapewnienia pacjentom szaf na ubrania,
10. zapewnienie zajęć rehabilitacyjnych oraz dostępu do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną, stosownie do przepisów prawa,
11. rozważenie zorganizowania większej sali terapii zajęciowej,
12. przypomnienie personelowi o konieczności poszanowania praw i godności pacjentów,
13. odnotowywanie w dokumentacji medycznej pacjenta informacji o języku, w którym komunikuje się pacjent,
14. odbieranie oświadczenia o wyrażeniu zgody na przyjęcie na oddział w języku zrozumiałym dla pacjenta,
15. pouczanie pacjenta o prawach, obowiązkach i regulaminie organizacyjnym w języku dla niego zrozumiałym oraz odbieranie jego podpisów pod wszelkimi

oświadczeniami, które jest on w stanie zrozumieć oraz może wyrazić w danym zakresie swoją wolę,

16. uzupełnienie tablic informacyjnych o dane teleadresowe instytucji stojących na straży praw człowieka: Rzecznika Praw Obywatelskich, organizacji pozarządowych, właściwego miejscowo sądu opiekuńczego,
17. zasięgnięcie przy wydawaniu decyzji o przyjęciu pacjenta na Oddział opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa, chyba że nie będzie to możliwe ze względu na jego nieobecność na dyżurze,
18. dokonanie przeglądu pomieszczeń, z których mogą korzystać osoby z niepełnosprawnościami i dostosowanie pomieszczeń, zgodnie ze wskazanymi w raporcie standardami, podczas najbliższego remontu placówki,
19. wyjaśnienie powodów zastosowania wobec pacjentki przymusu bezpośredniego, wskazanie długości trwania przymusu oraz przekazanie całości dokumentacji dot. zastosowanego unieruchomienia (pkt. 4.2. raportu).

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca także się do **Przewodniczącego IV Wydziału Rodzinnego i Nieletnich Sądu Rejonowego w Sosnowcu** o udzielenie informacji, czy Sąd wydał postanowienie w przedmiocie przyjęcia pacjentki bez zgody oraz czy i kiedy, pacjentka oraz szpital, zostali powiadomieni o treści postanowienia (pkt. 4.1. raportu).