



Warszawa, 12-12-2022 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH
Krajowy Mechanizm Prewencji**

KMP.574.6.2022.MŻ

**Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji
Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego „Drewnica” w Ząbkach**

1. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

Zgromadzenie Ogólne ONZ 18 grudnia 2002 r. przyjęło Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania (dalej: OPCAT)¹. Polska przystąpiła do OPCAT na podstawie uprzedniej zgody wyrażonej w ustawie i stanowi on część krajowego porządku prawnego (art. 87 i 91 Konstytucji). Podpisując OPCAT Polska zobowiązała się do utworzenia krajowego mechanizmu prewencji, którego funkcję wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą działającego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm)².

¹ Zob. Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192). Nazwa w języku angielskim: Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (OPCAT).

² Zob. Art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2020 r., poz. 627 ze zm.).

KMPT ma dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań” w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa – strony, gdzie przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem³. Z kolei przez „pozbawienie wolności” OPCAT rozumie „jakąkolwiek formę zatrzymania lub uwięzienia bądź umieszczenia osoby w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, którego osobie tej nie wolno z własnej woli opuszczać, na mocy polecenia jakiegokolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej⁴”.

Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie swojej wizyty, członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urządzeń, mogą odbyć poufną rozmowę z wybraną przez siebie osobą (zarówno osobą pozbawioną wolności, członkiem personelu lub inną osobą), mają dostęp do dokumentacji i nagrań z monitoringu wizyjnego⁵. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane⁶.

Spostrzeżenia KMPT czynione podczas wizytacji, opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach poczynionych podczas wizyty, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu⁷.

KMPT nie jest organem dochodzeniowo-śledczym. Nie rozpatruje też skarg⁸. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur i złego traktowania osób pozbawionych wolności oraz

³ Zob. Art. 4 ust. 1 OPCAT.

⁴ Zob. Art. 4 ust. 2 OPCAT.

⁵ Zob. Art. 20 OPCAT.

⁶ Zob. Art. 13 ust. 1a ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

⁷ Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. przykładowo Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2020 r., Część II – Jak pracuje KMPT ?.

⁸ Zob. Dziewiąte Sprawozdanie Roczne SPT z 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, Aneks do sprawozdania, część II, pkt. 6. Zobacz również publikację Biura Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka pt. „Preventing Torture. The Role of National Preventive Mechanisms. A Practical Guide”, Professional Training Series No. 21, United Nations High Commissioner for Human Rights, New York i Genewa 2018, s. 4-6.

zapropozowanie rozwiązań mających na celu wyeliminowanie tego ryzyka. Formułując swoje wnioski i zalecenia KMPT, bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ⁹ oraz zalecenia organów międzynarodowych.

W każdym przypadku, kiedy przedstawiciele Krajowego Mechanizmu ujawnią ryzyko zaistnienia naruszeń praw osób pozbawionych wolności (nawet jeśli jego istnienie wynika jedynie z relacji tych osób), KMPT jest zobowiązany do wydania odpowiedniego zalecenia w raporcie. Dlatego też, na zalecenia końcowe w niniejszym raporcie należy patrzeć nie tylko przez pryzmat nieprawidłowości, które zaistniały, lecz także przez pryzmat prewencji ich wystąpienia w przyszłości.

2. Wprowadzenie

Na podstawie artykułu 19 OPCAT, oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 11-14 lipca 2022 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził wizytację Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego „Drewnica” Sp. z o. o. w Ząbkach (zwanego dalej: placówką, szpitalem).

W skład zespołu wizytującego wchodziłi: Aleksandra Osińska (psycholożka) oraz Marcin Kusy i Michał Żłobecki (prawnicy). W wizytacji uczestniczył również ekspert zewnętrzny KMPT Leszek Asman (lekarz psychiatra). Wyniki przeprowadzonej ekspertyzy włączone zostały do treści raportu w niezbędnym zakresie.

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, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawienie rekomendacji właściwym władzom w celu poprawy traktowania oraz warunków pobytu pacjentów i zapobiegania torturom oraz innemu okrutnemu, nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, mając na uwadze odpowiednie standardy organizacji międzynarodowych. W szczególnym zainteresowaniu pozostawały zagadnienia związane z pobytem pacjentów

⁹ Zob. art. 19 pkt. b) OPCAT.

przebywających w placówce bez zgody - na podstawie art. 23 ust. 1, art. 24 ust. 1, art. 28, art. 29 ust.1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego¹⁰, dalej jako: uozp.

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- a) przeprowadzono rozmowy z Romanem Robertem Jędrzejczakiem – prezesem Zarządu Spółki i dyrektorem ds. leczenia Andrzejem Skrzypkim;
- b) przeprowadzono poufne rozmowy z wybranymi przedstawicielami personelu oraz pacjentami Szpitala;
- c) przeprowadzono rozmowę z Marią Gańczyk-Wojciechowską - rzeczniką praw pacjenta szpitala psychiatrycznego;
- d) dokonano oglądu wybranych oddziałów szpitala oraz zewnętrznych placów przeznaczonych do użytku pacjentów;
- e) dokonano analizy wybranej dokumentacji;
- f) wykonano dokumentację fotograficzną.

Przedstawiciele KMPT poinformowali prezesa Zarządu Spółki oraz 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.

Członkom zespołu wizytującego umożliwiono dostęp do wszystkich pomieszczeń i wykonanie niezbędnych czynności, zgodnie z mandatem określonym w OPCAT.

W niniejszym raporcie uwzględniono jedynie te obszary, które w ocenie przedstawicieli KMPT wymagają poprawy. Raport zawiera ponadto sygnalizowane

¹⁰ Dz.U. z 2020 r, poz. 685.

problemy o charakterze systemowym, wymagające zmiany obowiązującego prawa lub praktyki jego stosowania oraz mocne strony wyróżniające placówkę na tle pozostałych.

3. 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.

4. Ogólna charakterystyka placówki

Mazowiecki Szpital Wojewódzki „Drewnica” w Ząbkach prowadzony jest przez Spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością działającą pod firmą: „Mazowiecki Szpital Wojewódzki Drewnica”. Spółka wpisana jest do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Mazowieckiego pod numerem: 000000195521 oraz do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie XIV Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000349207.

Podstawowym celem Szpitala jest udzielanie wykonywania działalności leczniczej poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia. W placówce leczeniu poddaje się pacjentów powyżej 18. roku życia.

W skład Szpitala wchodzi: izba przyjęć, 5 oddziałów psychiatrii ogólnej, oddział psychogeriatryczny, oddział rehabilitacji psychiatrycznej, oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych i dział farmacji szpitalnej.

W zainteresowaniu KMPT podczas wizytacji pozostawała sytuacja osób hospitalizowanych bez zgody na pięciu oddziałach psychiatrycznych ogólnych szpitala (jeden oddział dla kobiet, jeden dla mężczyzn i trzy mieszane). Wizytowane oddziały dysponowały łącznie 203 miejscami rejestrowanymi, w razie potrzeby na korytarzach umieszczane są również dodatkowe łóżka. W czasie prowadzonych czynności na oddziałach ogólnych psychiatrycznych przebywały bez zgody 53 osoby.

5. Mocne strony

5.1. Warunki bytowe

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur uznali panujące w szpitalu warunki bytowo-sanitarne za modelowe, niespotykane w praktyce w innych placówkach tego typu, funkcjonujących na terenie kraju. Nowy budynek szpitala do użytku oddany został w 2018 r., dysponuje łączną powierzchnią ok. 22 tys. metrów kwadratowych. Zarówno wewnątrz budynku jak i na zewnętrznych placach uwagę zwraca nowoczesna infrastruktura, w pełni dostosowana do potrzeb osób z ograniczoną mobilnością. Pacjenci szpitala mają dostęp m.in. do podłogi interaktywnej, siłowni, czytelnicy, boisk sportowych oraz ogrodu sensorycznego. Wszystkie wizytowane oddziały podzielone były na trzy części: administracyjną, obserwacyjną i rehabilitacyjną. Sale pacjentów dysponują maksymalnie czterema łóżkami (choć w przypadku nadmierowej liczby hospitalizowanych zdarzają się sytuacje dostawiania piątego łóżka). Każdy z pacjentów umieszczonych w sali ma własną szafkę przy łóżku i miejsce w szafie na odzież. W tym kontekście pozytywnie ocenić należy także fakt, iż pacjenci przebywający w oddziałach noszą, co do zasady, własną odzież dzienną.

5.2. Stosowanie środków przymusu bezpośredniego

Wizytujący z uznaniem odnieśli się do informacji przekazanej przez kierownika jednego z oddziałów, dotyczącej praktyki demonstrowania użycia pasów do unieruchamiania na wszystkich przedstawicielach kadry uczestniczących w stosowaniu tego środka przymusu. Dzięki temu osoby zarówno podejmujące decyzję, jak i odpowiedzialne za zastosowanie tego typu środka przymusu bezpośredniego nabierają świadomości w zakresie dyskomfortu towarzyszącemu pacjentom, wobec których konieczne jest jego użycie. W konsekwencji prowadzi to do ograniczenia liczby przypadków wykorzystania pasów unieruchamiających, a w przypadku konieczności ich użycia – do bezpiecznego ich zapinania i odstąpienia od stosowania tak szybko, jak jest to możliwe.

Co także istotne, w wizytowanej placówce obowiązuje dokument „Procedura zastosowania środków przymusu bezpośredniego w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Drewnica””. Wskazana procedura w klarowny sposób określa zarówno: rodzaje środków przymusu bezpośredniego, wskazania i cele ich stosowania, jak i przedstawiciele personelu uprawnionych do podejmowania czynności w tym zakresie. Szczególnie ważne z punktu widzenia zasadności i prawidłowości użycia przymusu jest też wyodrębnienie w procedurze trzech faz stosowania ś.p.b.: przygotowania, czasu trwania i dalszego postępowania. W procedurze wskazano także na dokumentację, której prowadzenie jest obligatoryjne w każdym przypadku.

Z perspektywy poszanowania godności pacjentów, wobec których planowane jest użycie przymusu, na podkreślenie i pozytywną ocenę zasługują w szczególności następujące zapisy dokumentu: „należy wybrać środek jak najmniej uciążliwy dla pacjenta, jednocześnie należy zachować daleko idącą ostrożność i dbałość o dobro tej osoby”; „pacjenta należy bezwzględnie uprzedzić o konieczności zastosowania przymusu”; „zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osoby chorej psychicznie przyjętej do szpitala jest dopuszczalne dopiero wtedy, gdy inne środki okazały się bezskuteczne!!!”; „pielęgniarka ocenia prawidłowość unieruchomienia, kontroluje czy

pasy bądź kaftan, nie są założone zbyt luźno lub zbyt ciasno”; „pielęgniarka zapewnia krótkotrwałe lub całkowite uwolnienie pacjenta od unieruchomienia w celu zmiany pozycji, zmiany bielizny, zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych nie rzadziej, niż co 4 godzin (karmienie, dopajanie, itp.)”.

W ocenie KMPT zaakcentowanie w procedurze konieczności przestrzegania podstawowych praw pacjentów szpitala, wobec których używany jest przymus bezpośredni jest bardzo ważne z perspektywy prewencji przypadków złego traktowania. Każda osoba z personelu zaangażowana w stosowanie ś.p.b. otrzymuje bowiem bardzo jasny komunikat dotyczący konieczności podejmowania działań przy poszanowaniu godności i dobra pacjentów. W przypadku zaś naruszenia zasad, osoba która się tego dopuściła nie może powoływać się na brak wystarczającej wiedzy na temat zasadności i sposobu stosowania przymusu bezpośredniego.

Wskazać także należy, iż załącznik do w/w procedury stanowi „Instrukcja/zalecenia dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego”. W dokumencie, przy pomocy zdjęć poglądowych, zaprezentowano właściwy sposób stosowania środków przymusu bezpośredniego. W ocenie wizytujących graficzne przedstawienie poszczególnych czynności towarzyszących stosowaniu przymusu fizycznego, w połączeniu z prostymi komunikatami, minimalizuje ryzyko niewłaściwego użycia w/w środków.

6. Problemy systemowe

6.1 Instalacja przyzywowa

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

kryzysowych związanych z nagłym pogorszeniem się stanu zdrowia pacjenta. Tymczasem w wizytowanej placówce nie było instalacji przyzywowej.

Montaż sygnalizacji przywoławczej ma szczególne znaczenie dla osób z niepełnosprawnościami, które zgodnie z wymogami Konwencji ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych¹¹ powinny mieć zapewnione różne formy pomocy, szeroko rozumianą dostępność umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi.

Europejski Komitet do spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) wielokrotnie zwracał na ten problem uwagę w swoich raportach z wizytacji szpitali psychiatrycznych, zalecając montaż i pilnowanie sprawności urządzeń służących do wezwania pomocy¹².

Zdaniem KMPT przyciski alarmowo-przyzywowe powinny być we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez pacjentów (łazienki, pokoje łóżkowe, pomieszczenia jednoosobowe do wykonywania przymusu bezpośredniego m.in. w postaci izolacji). Problem ten był sygnalizowany Ministrowi Zdrowia już w 2017 r.¹³. Mimo to wciąż pozostaje nierozwiązany. Sprawa pozostaje w zainteresowaniu Rzecznika Praw Obywatelskich.

6.2 Brak podstaw prawnych do przeprowadzania przeszukań (kontroli) pacjenta oraz jego rzeczy

Zgodnie z „Procedurą przyjęcia pacjenta w izbie przyjęć Mazowieckiego Centrum Psychiatrii „Drewnica” Sp. z o.o.” możliwe jest przeprowadzanie kontroli rzeczy pacjenta, pomimo że żaden przepis rangi ustawy nie upoważnia pracowników tych placówek do

¹¹ Dz. U. z 2012 r., poz. 1169.

¹² Por: § 95 Raportu CPT z wizyty na Węgrzech w 2009 r. [CPT/Inf(2010)16]; § 134 Raportu CPT z wizyty na Węgrzech w 2005 r. [CPT/Inf(2006)20]; § 132 Raportu CPT z wizyty w Hiszpanii w 2003 r. [CPT/Inf(2007)28]; § 198 Raportu CPT z wizyty w Turcji w 1997 r. [CPT/Inf(99)2].

¹³ Wystąpienie generalnie RPO z dnia 22 maja 2017 r.; sygn. KMP.574.4.2017.DK.

ich dokonywania. Z treści dokumentu wynika, iż: personel Izby Przyjęć jest zobowiązany do sprawdzenia rzeczy, które przekazuje pacjent, a szczególnie tych, które chce zabrać ze sobą do oddziału (pkt 23.); rzeczy osobiste sprawdza salowa w obecności pacjenta, w miejscu z monitoringiem (pkt 24.); rzeczy wartościowe sprawdza pielęgniarka w obecności pacjenta, w miejscu monitoringu (pkt 25.). Jednocześnie wizytujący nie otrzymali informacji wskazujących na praktykę dokonywania kontroli osobistej lub przeszukania pacjentów.

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur ma świadomość konieczności zapewnienia bezpieczeństwa w placówce. Niezależnie od tego wskazać należy, iż zarówno dokonanie kontroli osobistej pacjenta, jego przeszukanie, jak również kontrola należących do niego przedmiotów stanowi ingerencję w prawo do prywatności, nietykalności i wolności osobistej. I jako takie wskazane czynności wymagają odpowiedniego umocowania prawnego w akcie rangi ustawowej, zgodnie z przepisem art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. Ingerencja w prawo do prywatności, wyrażone w przepisie art. 47 Konstytucji RP, powinna więc mieć swoją precyzyjną podstawę w ustawie¹⁴. Uregulowanie wzmiankowanych kwestii wyłącznie w aktach niższej rangi, a zwłaszcza w obowiązujących w placówce wewnętrznych procedurach, bez upoważnienia ustawowego narusza konstytucyjne prawa i wolności człowieka, a także art. 8 Europejskiej Konwencji Podstawowych Praw i Wolności.

W ocenie KMPT materia kontroli osobistej i przeszukań, a także kontroli rzeczy pacjentów przyjmowanych do szpitali psychiatrycznych powinna w sposób precyzyjny i kompletny zostać uregulowana na poziomie ustawy. Przepisy powinny obejmować zarówno wprowadzenie możliwości dokonywania kontroli osobistych w szpitalach psychiatrycznych, precyzyjne zdefiniowanie pojęcia „kontrola osobista” czy też pojęcia „przeszukanie osoby”, jak również regulację sposobu przeprowadzenia owej kontroli (przeszukania) oraz adekwatnych środków zaskarżenia tej czynności. Regulacji

¹⁴ Argumentacja przedstawiona przez RPO we wniosku do Trybunału Konstytucyjnego z dnia 29.08.2014 r. w sprawie przepisów regulujących kontrolę osobistą (sygn. II.519.344.2014.ST).

ustawowej wymagają także kwestie przeszukań pomieszczeń, paczek oraz innych osobistych rzeczy pacjentów.

6.3. Ograniczony dostęp pacjentów do Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego

Badając kwestię dostępności do zewnętrznych organów skargowych, za niepokojące KMPT uznał informacje dotyczące ograniczenia dostępności Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Obecnie rzeczniczka przyjmuje pacjentów Szpitala „Drewnica” jedynie w poniedziałki. Wynika to najprawdopodobniej z reorganizacji w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, w związku z czym liczba rzeczników ograniczona została z ok. 50 do poniżej 20. W konsekwencji wprowadzonych zmian aktualnie w województwie mazowieckim wyznaczone są jedynie 2 rzeczniczki¹⁵. W związku z tym osoba, która pełni tę funkcję w Szpitalu „Drewnica” zajmuje się także sprawami pacjentów z 13 innych placówek. W praktyce oznacza to wzrost liczby pacjentów objętych właściwością działania rzeczniczki od ok. 500 do ok. 2000. Daje to efekt w postaci ograniczonego dostępu do Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego i sprawia, że jego nadzór nad przestrzeganiem praw pacjentów będzie iluzoryczny.

6.4. Utrudniony kontakt pacjentów z prawnikami przyznanymi z urzędu

Przedstawicielom KMPT zasygnalizowano problem dotyczący realizacji prawa pacjentów do korzystania z bezpłatnej pomocy prawnej. Należy mieć przede wszystkim na uwadze, iż niezależnie od rodzaju pozbawienia wolności (a tym bez wątpienia jest przebywanie w szpitalu psychiatrycznym na mocy postanowienia sądu), faktyczny i

¹⁵ Zob. <https://www.gov.pl/web/rpp/wojewodztwo-mazowieckie2>.

poufny dostęp do pomocy prawnej (w tym bezpłatnej) stanowi jedną z podstawowych gwarancji minimalizujących ryzyko tortur lub innych form złego traktowania¹⁶.

Mając to na uwadze, KMPT z niepokojem odnosi się do informacji wskazujących na brak rzeczywistego kontaktu pacjentów z przydzielonymi im z urzędu pełnomocnikami. Co więcej, pacjenci nie wiedzą zwykle, kto jest ich pełnomocnikiem. Sąd informuje tylko o przyznaniu pełnomocnika z urzędu, a następnie kieruje wniosek do właściwej miejscowo Okręgowej Rady Adwokackiej lub Okręgowej Izby Radców Prawnych o wyznaczenie pełnomocnika. Po wskazaniu konkretnego adwokata lub radcy prawnego informacja dotycząca jego danych oraz danych kontaktowych wysyłana jest pod adres zamieszkania pacjenta.

Wobec powyższego, Krajowy Mechanizm w dalszym ciągu obserwować będzie stopień realizacji prawa osób przebywających w szpitalach psychiatrycznej bez swojej zgody do faktycznego dostępu do nieodpłatnej pomocy prawnej.

7. Obszary wymagające poprawy

7.1. Dokumentowanie obrażeń

W przypadku przyjęcia pacjenta, który posiada obrażenia są one odnotowywane podczas badania wstępnego zarówno przez personel lekarski, jak i pielęgniarski. Do dokumentacji nie jest dołączona karta, która w sposób graficzny pozwalałaby udokumentować miejsca obrażeń. Nie są wykonywane zdjęcia zmian, co byłoby wskazane, oczywiście za zgodą pacjenta. Jest to istotne z punktu widzenia dochodzenia przez pacjentów ewentualnych roszczeń w późniejszym czasie (warto też robić kilka kopii takiej dokumentacji a przynajmniej jedną przekazać pacjentowi na nośniku zewnętrznym).

¹⁶ Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych. Wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego, opublikowany w 1998, CPT/Inf(98)12-part, § 54.

W kontekście prawidłowego dokumentowania obrażeń, zdaniem KMPT, ważne jest zaznajomienie pracowników z Protokołem stambulskim, czyli Podręcznikiem skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania¹⁷. Dokument wskazuje m.in w jaki sposób należy dokumentować wszelkie urazy poprzez nanoszenie ich na tzw. mapy ciała. Skuteczna dokumentacja jest bowiem jedną z najbardziej fundamentalnych kwestii dotyczących ochrony przed torturami, a Protokół Stambulski stanowi podstawowe narzędzie dostarczające informacji i wskazówek, jak identyfikować i dokumentować przypadki stosowania tortur lub innego okrutnego traktowania albo karania¹⁸. W ocenie przedstawicieli KMPT forma dokumentowania obrażeń określona w Protokole Stambulskim jest konieczna we wszystkich miejscach detencji. Celem badania jest bowiem nie tylko ustalenie stanu zdrowia danej osoby, ale również ujawnienie i odpowiednie udokumentowanie wszelkich śladów mogących świadczyć o poddaniu jej przemocy. Brak udokumentowania może prowadzić do sytuacji, że osobie pozbawionej wolności bardzo trudno będzie udowodnić fakt niewłaściwego traktowania np. ze strony doprowadzających ją do placówki osób. Przedstawiciele personelu medycznego, jako osoby dysponujące specjalistyczną wiedzą oraz w wielu wypadkach mające bezpośredni kontakt z potencjalną ofiarą przemocy, powinni wykazać zatem szczególne zainteresowanie w zakresie występujących u pacjentów dolegliwości i śladów na ciele.

Na kwestię stosowania map ciał i odpowiedniego dokumentowania wszelkich urazów zwrócił uwagę Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom (CPT) podczas wizyty w Polsce wskazując, że rejestracja badań lekarskich w przypadku obrażeń powinna być wykonywana przy pomocy specjalnego formularza przygotowanego na takie potrzeby, zawierającego zarysy sylwetki do zaznaczania

¹⁷ Zob. <https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/istanbul-protocol-manual-effective-0>.

¹⁸ Zob. Raport Podkomitetu ONZ ds. Zapobiegania Torturom oraz Innemu Okrutnemu, Nieludzkiemu, Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu z wizyty w Peru, 9 sierpnia 2017 r., CAT/OP/PER/1, § 20; Raport z wizyty SPT na Ukrainie, 16 marca 2016 r., CAT/OP/UKR/1, § 46-48; Raport SPT z wizyty w Brazylii, 5 lipca 2012 r., CAT/OP/BRA/1, § 38-39.

umiejscowienia obrażeń, które będą przechowywane w kartotece medycznej. Także zdjęcia, jeśli zostały zrobione, powinny zostać zamieszczone w dokumentacji medycznej¹⁹.

Mając na uwadze powyższe, KMPT rekomenduje zapoznanie personelu medycznego z Protokołem stambulskim i dokumentowanie wszelkich ujawnionych obrażeń w zgodzie z zawartymi w nim zaleceniami.

7.2 Stosowanie i dokumentowanie przymusu bezpośredniego

Okoliczności i sposób zastosowania przymusu bezpośredniego nie budziły wątpliwości wizytujących. Personel zna zasady i wskazania do jego stosowania. Przymus bezpośredni stosowany jest wyłącznie w postaci przytrzymania lub zabezpieczania pasami bezpieczeństwa. W placówce nie stosuje się izolacji. Wizytujący nie otrzymali także informacji wskazujących, ażeby środki przymusu bezpośredniego stosowane były jako element kary.

W realizacji przymusu bezpośredniego udział biorą sanitariusze interwencyjni pracujący na oddziałach (každorazowo 5 osób przy realizacji pojedynczego unieruchomienia) lub w przypadku ich niewystarczającej w danym momencie liczby, inni pracownicy medyczni szpitala.

KMPT ocenił sposób prowadzonej dokumentacji z zastosowania ś.p.b. jako, co do zasady, prawidłowy i rzetelny. Niemniej, ujawniono jeden przypadek braku wskazania w karcie godziny zastosowania unieruchomienia. **W związku z tym Krajowy Mechanizm zaleca każdorazowe uzupełnianie kart zastosowania przymusu bezpośredniego o informacje dotyczące czasu rozpoczęcia i zakończenia stosowania ś.p.b..**

¹⁹ Zob. § 80 Raportu CPT z 2017 r. [CPT/Inf (2018) 39].

Zgodnie z przedstawioną informacją pacjenci, wobec których konieczne jest unieruchomienie, umieszczani są na odcinku obserwacyjnym oddziału, w sali ścisłego dozoru. Sale te są dwuosobowe, w przypadku pozostawania w pomieszczeniu innego pacjenta, osoba unieruchomiona odgradzana jest przy pomocy parawanu. Niemniej, przedstawicielom KMPT zasygnalizowano, iż zdarzają się sytuacje, kiedy do sali ścisłego dozoru wchodzi inne osoby hospitalizowane na oddziale. W wyjątkowych sytuacjach unieruchomienia dokonuje się również na łóżku, które wystawione jest na korytarzu. W takiej sytuacji osoba, wobec której stosuje się przymus bezpośredni odgradzana jest od reszty osób parawanem.

W tym kontekście Krajowy Mechanizm podkreśla, że pacjenci w stosunku do których stosowany jest przymus bezpośredni w formie unieruchomienia powinni mieć zapewnione, jak najbardziej to możliwe poczucie prywatności oraz nie powinni być poddawani mechanicznym środkom przymusu w obecności innych pacjentów.

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 bezpośredniego i izolacji powinien być możliwie jak najkrótszy (zwykle minuty, a nie godziny). W sytuacji ustania przyczyn leżących u podstaw ich zastosowania, przymus powinien zostać bezzwłocznie zakończony.

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.

W związku z powyższym KMPT rekomenduje, aby każdy przypadek unieruchomienia odbywał się przy pełnym poszanowaniu prawa do prywatności pacjenta, w warunkach gwarantujących brak osób postronnych.

7.3. Prawo do informacji

Prawo do informacji stanowi podstawową gwarancję prewencji tortur i złego traktowania. Otrzymanie przez pacjenta zrozumiałych informacji o istotnych dla niego kwestiach (np. przysługujących prawach, obowiązujących procedurach, sposobie składania skarg) zwiększa poczucie bezpieczeństwa, pozwala odgrywać aktywną rolę w zabezpieczaniu własnych praw, ułatwia dostęp do mechanizmów skargowych, przez co pełni rolę prewencyjną w zapobieganiu przemocy. Dlatego niezwykle ważne jest, by wszelkie informacje w tym zakresie były widoczne i czytelne, zarówno dla mieszkańców, osób odwiedzających, jak i personelu.

KMPT z uznaniem odniósł się do umieszczonych w ogólnodostępnych miejscach informacji dotyczących praw pacjenta, zasad pobytu na oddziale, planu dnia oraz danych teleadresowych instytucji, do których pacjenci mogą zgłosić skargę. Wziąwszy jednak pod uwagę aktualną sytuację migracyjną i potencjalny wzrost liczby obcokrajowców przyjmowanych do szpitala, **Krajowy Mechanizm zaleca przygotowanie informatora w językach obcych (zwłaszcza ukraińskim, rosyjskim i angielskim), w którym w przystępny sposób opisane zostaną najważniejsze dla pacjentów kwestie.**

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 o ich prawach i obowiązkach. Co więcej, osoby te mają prawo do posiadania pisemnej wersji przekazanych im informacji.

7.4. Oddziaływania terapeutyczne

Na każdym z wizytowanych oddziałów zatrudniony jest jeden instruktor terapii

zajęciowej (w wymiarze pełnego etatu) oraz znajduje się pomieszczenie do terapii zajęciowej. Zajęcia terapeutyczne prowadzone są przez pięć dni w tygodniu, od poniedziałku do piątku. Dodatkowo osoby hospitalizowane mogą korzystać z zajęć terapeutycznych odbywających się w pracowniach terapii zajęciowo- sportowo – rekreacyjnej, wspólnej dla wszystkich pacjentów szpitala. Oferta terapeutyczna obejmuje między innymi następujące oddziaływania: ergoterapię, arteterapię, choreoterapię, muzykoterapię bierną, terapię ruchem (gimnastyka), terapię manualną, biblioterapię, trening budżetowy, trening higieniczny.

Podkreślenia wymaga, że zgodnie z § 6 ust. 2 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych²⁰, w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy pacjentom zapewnia się również dostęp do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną.

W trakcie prowadzonych czynności wizytującym zasygnalizowano problem kadrowy w zakresie terapii zajęciowej podczas planowych (urlopy), jak i też nieplanowych (zwolnienia lekarskie) absencji instruktora terapii zajęciowej na oddziałach. W związku z powyższym zdarzają się sytuacje jego braku na oddziale przez określony czas. W takich przypadkach czasami organizowane są zastępstwa lub obowiązki instruktora terapii zajęciowej przejmują inne osoby z personelu medycznego.

Krajowy Mechanizm uważa zatem za zasadne dalsze zwiększanie liczby instruktorów terapii zajęciowej, aby zabezpieczyć możliwości prowadzenia oddziaływań w razie absencji pracowników.

7.5. Wysłuchanie osób przyjętych do szpitala psychiatrycznego bez zgody

Na podstawie art. 45 ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, sędzia wizytujący szpital wysłuchuje osobę przyjętą do szpitala psychiatrycznego w trybie art. 23, 24 lub 28 nie później niż w terminie 48 godzin od otrzymania zawiadomienia, o

²⁰ Dz. U. poz. 522.

którym mowa w art. 23 ust. 4. W razie stwierdzenia, że pobyt tej osoby w szpitalu psychiatrycznym jest oczywiście bezzasadny, sędzia zarządza natychmiastowe jej wypisanie ze szpitala i wnosi o umorzenie postępowania.

Z uzyskanych informacji wynika, iż ze względów epidemiologicznych spowodowanych pandemią COVID-19 wysłuchanie przez sąd odbywa się zdalnie, za pośrednictwem komunikatora internetowego (w przypadku osób unieruchomionych prowadzona jest rozmowa telefoniczna). Zdalne wysłuchania kontynuowane były pomimo spadku liczby zakażeń oraz zniesieniu części ograniczeń. Podkreślenia wymaga także, iż na terenie szpitala znajduje się specjalny pokój przeznaczony do przeprowadzania posiedzeń sądu. W ocenie Krajowego Mechanizmu bezpośredni kontakt pacjenta z sędzią zwiększa możliwość dokonania obiektywnej oceny jego stanu zdrowia. Dlatego też zasadnym byłoby odstąpienie od obserwowanej praktyki na rzecz osobistego wysłuchania.

Mając powyższe na uwadze, KMPT zwraca się z prośbą do Prezesa Zarządu Spółki o udzielenie informacji, jak w chwili obecnej wygląda praktyka wysłuchania pacjentów.

7.6 Personel

W czasie prowadzonych wizytacji przedstawiciele KMPT każdorazowo weryfikują stan kadrowy w placówce, jego merytoryczne przygotowanie oraz oferowane przez pracodawcę możliwości podnoszenia kwalifikacji. Brak odpowiedniej liczby personelu skutkuje przemęczeniem pracowników, obniżeniem motywacji czy wypaleniem zawodowym, co nierzadko znajduje przełożenie na sposób, w jaki traktowane są osoby umieszczone w placówce. W kontekście szpitali psychiatrycznych CPT zwraca uwagę, iż zasoby ludzkie powinny być odpowiednie w zakresie liczby personelu, jego kategorii (psychiatrzy, lekarze ogólni, pielęgniarki, psychologowie, terapeuci zajęciowi, pracownicy socjalni, itp.), doświadczenia i wykszolenia. Słabości w tym zakresie często poważnie utrudniają zapewnienie pacjentom zajęć, co więcej – mogą prowadzić do

sytuacji wysokiego ryzyka dla pacjentów, bez względu na dobre intencje i szczerze wysiłki zatrudnionego personelu²¹.

Zgodnie z uzyskanymi informacjami na każdym z wizytowanych oddziałów zatrudnionych jest dwóch lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii, będących jednocześnie kierownikiem i zastępcą kierownika oddziału. Dodatkowo w szpitalu pracowało łącznie 25 lekarzy rezydentów. Zdaniem KMPT liczba zatrudnionych lekarzy i poziom ich kwalifikacji nie budził zastrzeżeń.

Spotkania pacjentów z lekarzami odbywają się w sposób planowy (wizyty lekarskie, indywidualne okresowe badania w zależności od stanu psychicznego i somatycznego), a także z inicjatywy pacjentów lub też niezwłocznie w sytuacjach szczególnych (pogorszenie stanu psychicznego, wystąpienie choroby somatycznej, itp.). Co także istotne, z rozmów z wybranymi osobami hospitalizowanymi w szpitalu w czasie wizytacji wynika, iż wiedzieli oni, kto jest ich lekarzem prowadzącym i jak mogą się z nim skontaktować.

W sytuacjach nagłych, w dni powszednie, poza zwykłymi godzinami pracy personelu lekarskiego, istnieje możliwość badania pacjenta przez lekarza dyżurnego (dyżury szpitalne – w godzinach od 15:30 do 08:00 - zabezpieczone są w szpitalu przez dwóch lekarzy dyżurnych – jeden lekarz obsługujący izbę przyjęć oraz drugi obsługujący pacjentów szpitala w razie wystąpienia konieczności doraźnej interwencji).

Pacjenci ze schorzeniami somatycznymi skorzystać mogą z pomocy zatrudnionych w placówce dwóch lekarzy chorób wewnętrznych, chirurga, neurologa i okulisty. Na miejscu przyjmuje także stomatolog, w oparciu o umowę zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia. Spółka zawarła także umowę z lekarzem – specjalistą ginekologiem, przyjmującym w pobliskiej placówce podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). W razie konieczności uzyskania opinii lekarza innej, poza wskazanymi powyżej,

²¹ Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych. Wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego, opublikowany w 1998, CPT/Inf(98)12-part, § 42.

specjalności istnieje możliwość skonsultowania pacjenta poza szpitalem (na szpitalnym oddziale ratunkowym).

Personel pielęgniarski pracuje w systemie 12-godzinnym (pierwsza zmiana: 07:00 – 19:00, druga zmiana: 19:00 – 07:00). Podczas pierwszej zmiany na oddziale pracują przynajmniej 3 osoby z personelu pielęgniarskiego, podczas zmiany drugiej – minimum 2 osoby. Szpital zatrudnia 15 pielęgniarek posiadających kwalifikacje (specjalizację) w zakresie pielęgniarstwa psychiatrycznego. W ocenie KMPT poziom zatrudnienia oraz kwalifikacje personelu pielęgniarskiego są adekwatne do liczby pacjentów i ich potrzeb. Na podkreślenie zasługuje także fakt, iż w strukturze zatrudnienia personelu pielęgniarskiego znajduje się stosunkowo dużo mężczyzn, co należy uznać za czynnik bardzo korzystny w szpitalu o profilu psychiatrycznym.

Zgodnie z otrzymanymi informacjami placówka zapewnia podstawową ofertę diagnostyczno – terapeutyczną w zakresie psychologii. Opieka psychologiczna sprawowana jest przez pięć dni w tygodniu, od poniedziałku do piątku. Część psychologów posiada specjalizację w dziedzinie psychologii klinicznej, inni są w trakcie szkolenia z zakresu psychoterapii. Zatrudnieni w szpitalu psycholodzy realizują elementarne oddziaływania z zakresu poradnictwa psychologicznego oraz terapii indywidualnej i grupowej.

KMPT otrzymało informację dotyczącą problemów kadrowych w zakresie opieki psychologicznej podczas planowych (urlopy), jak i też nieplanowych (zwolnienia lekarskie) absencji psychologa na oddziałach. W związku z powyższym zdarzają się sytuacje braku psychologa na oddziale. Mając to na uwadze, **Krajowy Mechanizm rekomenduje zwiększenie liczby zatrudnionych w szpitalu psychologów.**

8. Zalecenia

Na podstawie art. 19 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania

albo karania, KMPT zaleca Prezesowi Zarządu Spółki Mazowiecki Szpital Wojewódzki Drewnica Sp. z o.o.:

1. każdorazowe uzupełnianie kart zastosowania przymusu bezpośredniego o informacje dotyczące czasu rozpoczęcia i zakończenia stosowania środków przymusu;
2. zapewnienie, aby każdy przypadek unieruchomienia odbywał się przy pełnym poszanowaniu prawa do prywatności pacjenta, w miejscu, do którego dostępu nie mają osoby postronne;
3. przygotowanie informatora w językach obcych (zwłaszcza ukraińskim, rosyjskim i angielskim), w którym w przystępny sposób opisane zostaną najważniejsze dla pacjentów kwestie, w tym ich prawa i obowiązki;
4. zwiększenie liczby zatrudnionych w szpitalu psychologów celem zapewnienia ciągłości opieki psychologicznej (w zakresie diagnostyki i terapii);
5. zwiększanie liczby instruktorów terapii zajęciowej celem zapewnienia ciągłości prowadzonych oddziaływań terapeutycznych;
6. zapoznanie personelu medycznego z Protokołem stambulskim i dokumentowanie wszelkich ujawnionych obrażeń w zgodzie z zawartymi w nim zaleceniami;

Ponadto na podstawie artykułu 20 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192) oraz art. 1 ust. 4 i art. 13 ust. 1 pkt 2 z dnia 15 lipca 1987 r. ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz.U. z 2020 r., poz. 627 ze zm.) KMPT uprzejmie prosi o udzielenie informacji dotyczącej praktyki wysłuchania pacjentów przez Sąd.

Opracował: Michał Żłobecki

Za Zespół:

Przemysław Kazimirski
Dyrektor Zespołu
/-podpisano elektronicznie/