



Warszawa, 19-03-2024 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji

KMP.574.6.2023.OR

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji
Oddziału Psychiatrycznego Specjalistycznego Wojewódzkiego Szpitala
w Ciechanowie**

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, niehumanitarnego 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, niehumanitarnego 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 (dalej: OPCAT).

² Zob. art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2023 r. poz. 1058).

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 innej”⁴.

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, jak i 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, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu⁷.

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. np. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2022 r., Część II – Jak pracuje KMPT?, dostęp: https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2023-11/Raport_roczny_KMPT_2022_dostepny.pdf.

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 zaproponowanie 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 osób pozbawionych wolności), 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 już zaistniały, lecz także przez pryzmat prewencji.

2. Zakaz represji

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

⁸ Zob. Dziewiąte Sprawozdanie Roczne SPT z 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, Aneks do sprawozdania, część II, pkt 6. Zob. 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 and Geneva 2018, s. 4–6.

⁹ Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób”.

3. Uwagi wstępne na temat wizytacji

Na podstawie artykułu 19 OPCAT, oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 18-20 grudnia 2023 r., Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur przeprowadził wizytację Oddziału Psychiatrycznego Specjalistycznego Wojewódzkiego Szpitala w Ciechanowie (zwanego dalej: placówką, szpitalem, oddziałem).

W skład zespołu wizytującego wchodził: Przemysław Kazimirski, Klaudia Kamińska, Oliwia Rybczyńska (prawnicy) oraz Tomasz Żółtek (psycholog).

Celem wizytacji było sprawdzenie sposobu traktowania pacjentów i warunków detencji, w celu wzmocnienia ich ochrony przed ryzykiem tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania. W szczególnym zainteresowaniu zespołu pozostawały zagadnienia związane z pobytem pacjentów 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: u.o.z.p.

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- a) przeprowadzono rozmowy z Andrzejem Juliuszem Kamasą – Dyrektorem Szpitala, Agnieszką Kadecką – Zastępcą Dyrektora ds. Pielęgniarstwa oraz lek. Antonim Ferencem – Koordynatorem Oddziału Psychiatrycznego;
- b) przeprowadzono poufne rozmowy z wybranymi pracownikami oraz pacjentami Szpitala;

¹⁰ Dz. U. z 2022 r. poz. 2123 ze zm.

- c) dokonano oglądu oddziału Szpitala oraz nowego budynku, do którego ma przenieść się oddział w I kwartale 2024 r.;
- d) dokonano analizy dokumentacji;
- e) wykonano dokumentację fotograficzną;
- f) przeanalizowano monitoring wizyjny.

Przedstawiciele KMPT poinformowali Dyrektora Szpitala o wstępnych ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności oraz wysłuchali jego uwag i wyjaśnień.

W niniejszym raporcie uwzględniono głównie te obszary, które w ocenie przedstawicieli KMPT wymagają poprawy. Raport zawiera ponadto sygnalizowane problemy o charakterze systemowym, wymagające zmiany obowiązującego prawa lub praktyki jego stosowania, oraz mocne strony wyróżniające placówkę na tle pozostałych.

4. Ogólna charakterystyka placówki

Wizytowany oddział psychiatryczny jest częścią Specjalistycznego Wojewódzkiego Szpitala w Ciechanowie, który jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Podmiotem tworzącym szpital jest Samorząd Województwa Mazowieckiego.

Oddział psychiatryczny ma charakter ogólny i przeznaczony jest dla osób dorosłych. W jego skład wchodzi również pododdział terapii uzależnień alkoholowych, który jednak nie był wizytowany przez KMPT.

W czasie wizytacji oddział psychiatryczny znajdował się na obrzeżach miasta, w odległości ok. 5 km od głównej siedziby szpitala. W I kwartale 2024 r. planowane

było jego przeniesienie do nowo wybudowanego budynku, znajdującego się na terenie głównej siedziby szpitala.

Pojemność oddziału wynosiła 30 miejsc. W trakcie wizytacji w placówce przebywało 35 osób, w tym 10 osób hospitalizowanych w trybie „bez zgody”.

5. Mocne strony

Krajowy Mechanizm pozytywnie ocenia wprowadzoną przez szpital procedurę komunikowania się z pacjentem, który nie posługuje się językiem polskim. Zgodnie z Instrukcją z 21 grudnia 2022 r.¹¹ w przypadku udzielania świadczeń medycznych osobie obcojęzycznej lekarz obowiązany jest do skontaktowania się z wyznaczonymi w szpitalu osobami, które znają dany język obcy. W przypadku pacjenta porozumiewającego się w innym języku niż te znane przez pracowników szpital jest obowiązany nawiązać kontakt z odpowiednią ambasadą bądź konsulatem.

W ocenie KMPT zapewnienie właściwej komunikacji między pacjentem a personelem ma fundamentalne znaczenie dla skuteczności procesu leczenia oraz świadomości pacjentów i zabezpieczenia ich praw. Potwierdza to Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT), który wskazuje, że należy podjąć wysiłki w celu zapewnienia zagranicznym pacjentom informacji na temat ich leczenia i sytuacji w języku, który mogą zrozumieć¹².

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

¹¹ Zob. Instrukcja – Porozumiewanie się z pacjentem obcojęzycznym z dnia 21 grudnia 2022 r., IN-4-08.

¹² Zob. Raport CPT z wizyty we Włoszech z 2022 r., CPT/Inf (2023) 5, p. 215.

sprawnie funkcjonująca i łatwo dostępna dla pacjentów i personelu instalacja przyzywowa. Jak wynika z ustaleń zespołu wizytującego, sygnalizacja taka dostępna była dla personelu pielęgniarskiego i znajdowała się w dyżurce. Niemniej jednak ważne jest również, aby także pacjentom zapewnić takie urządzenia. Umożliwi to szybką interwencję personelu medycznego w sytuacjach kryzysowych związanych z nagłymi zapaściami zdrowotnymi pacjentów.

Zdaniem Krajowego Mechanizmu przyciski alarmowo-przyzywowe powinny znajdować się we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez chorych (łazienki, pokoje łóżkowe, pomieszczenia jednoosobowe do wykonywania przymusu bezpośredniego m.in. w postaci izolacji). Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) w swoich raportach z wizytacji szpitali psychiatrycznych wielokrotnie rekomendował montaż i konserwację urządzeń służących do wezwania pomocy¹³.

Konieczność wyposażenia pacjentów oddziałów i szpitali psychiatrycznych w tego typu sygnalizację była już zgłaszana Ministrowi Zdrowia¹⁴.

6.2. Wysłuchanie pacjentów przyjmowanych w trybie „bez zgody” przez sąd w formie wideokonferencji

Na podstawie art. 45 ust. 2 u.o.z.p., 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 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.

¹³ Zob. Raporty CPT z wizyt w: Hiszpanii [CPT/Inf (2007) 28, p. 132], Turcji [CPT/Inf (99) 2, p. 198], na Węgrzech [CPT/Inf (2006) 20, p. 134] oraz CPT/Inf (2010)16, p. 95].

¹⁴ Zob. Wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 22 maja 2017 r. (KMP.574.4.2017.DK).

Jak ustaliła delegacja KMPT, ze względów epidemiologicznych spowodowanych pandemią COVID-19 od 2020 r. obowiązuje praktyka zdalnego wysłuchania pacjenta przez sędziego w przedmiocie umieszczenia w szpitalu bez zgody (art. 45 ust. 2 u.o.z.p.). Jest to możliwe z uwagi na art. 15zsz¹ ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (dalej: ustawa covidowa). Wysłuchanie odbywa się za pośrednictwem wideokonferencji. Na podstawie wyżej powołanego przepisu rozprawy zdalne można zarządzać do 1 lipca 2024 r.

Zdalne wysłuchania były kontynuowane mimo zniesienia stanu epidemii. Obecnie taka forma posiedzenia jest możliwa nie tylko na podstawie ustawy covidowej, ale również dzięki zmianie Kodeksu postępowania cywilnego¹⁵ w lipcu 2023 r. Zgodnie z art. 151 § 2 zd. 1 k.p.c.: „Przewodniczący może zarządzić przeprowadzenie posiedzenia jawnego przy użyciu urządzeń technicznych umożliwiających jego przeprowadzenie na odległość (posiedzenie zdalne), jeżeli nie stoi temu na przeszkodzie względem na charakter czynności, które mają być dokonane na posiedzeniu, a przeprowadzenie posiedzenia zdalnego zagwarantuje pełną ochronę praw procesowych stron i prawidłowy tok postępowania”.

Umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym w drastyczny sposób ingeruje w prawo człowieka do wolności i samodzielnego podejmowania decyzji dotyczących swojej osoby. Dlatego też postępowanie w tego rodzaju sprawach powinno być przeprowadzane z zachowaniem szczególnej troski w zakresie zabezpieczenia gwarancji procesowych osoby, której dotyczy.

W ocenie KMPT bezpośredni kontakt pacjenta z sędzią zwiększa możliwość dokonania obiektywnej oceny stanu zdrowia i przesłanek uzasadniających pobyt w oddziale psychiatrycznym. Ponadto osobisty dostęp pacjenta do sędziego ma też

¹⁵ Dz. U. z 2023 r. poz. 1550 ze zm.

istotne znaczenie z punktu widzenia prewencji tortur i innych form poniżającego traktowania. Ułatwia bowiem pacjentowi zgłoszenie przypadków nadużyć. Z kolei sędzia ma możliwość dokonania oceny stanu fizycznego i psychicznego pacjenta. W przypadku ujawnienia obrażeń lub zgłoszenia nadużyć może ten fakt odnotować i podjąć w sprawie odpowiednie działania. Bezpośredni kontakt pacjenta i sędziego minimalizuje też ryzyko nacisku ze strony pracowników szpitala.

CPT podnosi analogiczną kwestię w kontekście zwalczania złego traktowania przez Policję. Wskazuje przy tym, że „postawienie osoby przed sędzią stanowi dogodną okazję do złożenia skargi przez podejrzanego, którego poddano złemu traktowaniu. Ponadto nawet jeśli brak jest takiej skargi, sędzia ma możliwość podjęcia w odpowiednim czasie działań, gdy zauważy oznaki złego traktowania (np. obrażenia ciała, ogólny wygląd osoby i jej zachowanie)”¹⁶.

Połączenia sądowe w formie zdalnej obarczone są też barierami i ryzykiem, które stwarza technologia, takimi jak słaba jakość połączenia i/lub przerywanie połączenia. Może to rzutować na zrozumienie przebiegu rozprawy, otrzymanych pouczeń i zrozumienia własnych praw (szczególnie przez osoby w podeszłym wieku i/lub niedosłyszące) oraz utrudniać sędziemu zidentyfikowanie i zarejestrowanie zarzutów dotyczących tortur i złego traktowania osadzonych. Przykładowo słaba jakość wideo może uniemożliwić dostrzeżenie obrażeń lub ich wielkość.

Optymalnym rozwiązaniem jest więc odstępianie od praktyki zdalnych wysłuchań pacjentów przyjmowanych w trybie „bez zgody”, na rzecz przeprowadzania tradycyjnych posiedzeń sądowych na terenie szpitala.

Krajowy Mechanizm zwraca się o zapoznanie sędziów orzekających w Sądzie Rejonowym w Ciechanowie, III Wydział Rodzinny i Nieletnich, z powyższą argumentacją.

¹⁶ Zob. Dwunasty Raport Generalny, CPT/Inf (2002) 12, p. 45.

7. Obszary wymagające poprawy

7.1. Dokumentowanie obrażeń

Obrażenia pacjentów ujawnione w chwili przyjęcia były odnotowywane przez lekarzy i pielęgniarki w dokumentacji medycznej w formie opisowej oraz za pomocą specjalnej karty, która w sposób graficzny pozwalała na zobrazowanie miejsc występowania urazów. Personel nie wykonywał jednak zdjęć obrażeń, co mogłoby zwiększyć skuteczność postępowania karnego. Pożądane jest więc wprowadzenie tej praktyki, za zgodą pacjenta.

Z ustaleń wizytujących wynika, że pracownicy szpitala nie mieli wiedzy w zakresie istnienia i stosowania Protokołu stambulskiego¹⁷. Krajowy Mechanizm rekomenduje zorganizowanie w tym zakresie praktycznego szkolenia. Taka praktyka zwiększy potencjał zawodowy pracowników w zakresie identyfikowania, dokumentowania i zgłaszania przypadków niewłaściwego traktowania.

Podkomitet ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT) podkreśla, że Protokół stambulski stanowi niezbędne narzędzie wykrywania, dokumentowania, zgłaszania i jako takiego powstrzymywania tortur i złego traktowania¹⁸. Nie tylko pomaga we wczesnej identyfikacji ofiar i dokumentowaniu traumy, ale również w ocenie potrzeb i dostosowaniu do nich odpowiedniej opieki¹⁹.

¹⁷ Zob. Podręcznik dotyczący skutecznego dochodzenia i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (wydanie z 2022 r.), dostępny na stronie: <https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/istanbul-protocol-manual-effective-0>.

¹⁸ Zob. Uwagi i zalecenia SPT przedstawione w raportach z wizyt w: Polsce [CAT/OP/POL/ROSP/1, p. 55], Wielkiej Brytanii [CAT/OP/GBR/ROSP/1, p. 69 i 71], Portugalii [CAT/OP/PRT/1, p. 34, 89, 93], Hiszpanii [CAT/OP/ESP/1, p. 46, 63-64, 70].

¹⁹ Zob. również wspólne oświadczenie CAT, SPT, Specjalnego Sprawozdawcy ds. Tortur i Rady Powierniczej Dobrowolnego Funduszu ONZ na rzecz Ofiar Tortur z dnia 25 czerwca 2019 r., dostępne na stronie: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24739&LangID=E>.

Stosowanie Protokołu stambulskiego rekomendują również Komitet Przeciwko Torturom (CAT)²⁰, Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT)²¹ i Specjalny Sprawozdawca ds. Tortur²².

7.2. Stosowanie i dokumentowanie przymusu bezpośredniego

Z ustaleń KMPT wynika, że przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia nie zawsze był stosowany w salach izolacyjnych. Według pozyskanych informacji zdarzało się stosowanie wobec pacjentów unieruchomienia w salach łóżkowych, w obecności innych pacjentów. Nie sprzyja to ochronie prywatności, jest upokarzające, a w razie braku nadzoru nad pacjentem lub przy osłabionym nadzorze może być dla niego niebezpieczne.

CPT podkreśla, że „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”²³.

KMPT rekomenduje stosowanie przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia w salach izolacyjnych, jeśli nie są one zajęte.

Krajowy Mechanizm widzi też konieczność precyzyjnego opisywania przesłanek będących podstawą stosowania przymusu bezpośredniego. W kartach zastosowania przymusu znajdowały się bowiem bardzo ogólne sformułowania („agresja czynna”,

²⁰ Zob. Konkluzje i zalecenia CAT dla Polski, 29 sierpień 2019 r., CAT/C/POL/CO/7, p. 27 i 28.

²¹ Zob. Raporty CPT z wizyt w: Mołdawii [CPT/Inf (2020) 27, p. 29], Macedonii Północnej, [CPT/Inf (2021) 8, p. 29], Portugalii [CPT/Inf (2020) 33, p. 71 i 72], Danii [CPT/Inf (2019) 35, p. 20] i Gruzji [CPT/Inf (2019) 16, p. 80].

²² Zob. Raporty Specjalnego Sprawozdawcy ds. Tortur: z dnia 16 lipca 2021 r. [A/76/168, p. 22, 25, 34, 66 pkt g)], z dnia 20 marca 2020 r. [A/HRC/43/49, p. 13, 21] oraz z dnia 20 lipca 2018 r. [A/73/207, p. 77 pkt e)].

²³ Zob. Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych (zrewidowane standardy CPT), 21 marca 2017 r., CPT/Inf (2017) 6, p. 3.5.

„pacjent pobudzony” itp.). Precyzyjne opisanie przyczyn zastosowania przymusu bezpośredniego jest niezbędne do ustalenia, czy dany stan faktyczny rzeczywiście uzasadniał jego zastosowanie oraz czy przymus został zastosowany zgodnie z przepisami prawa.

Zaniepokojenie KMPT wzbudziła zaobserwowana praktyka zakładania pieluch pacjentom unieruchamianym za pomocą pasów. Z analizy nagrań monitoringu wynikało, że praktyka ta jest stosowana automatycznie, niezależnie od stanu pacjenta. Personel nie stosował chwilowego zwolnienia pacjenta w celu zmiany pozycji i załatwienia potrzeb fizjologicznych.

CPT podkreśla, że „pacjenci poddani środkom przymusu bezpośredniego powinni, w miarę możliwości, mieć zapewniony dostęp do żywności i wody, możliwość samodzielnego jedzenia i picia oraz godnego zaspokajania potrzeb fizjologicznych w pomieszczeniach sanitarnych”²⁴.

Czynności te są kluczowe w trosce o dobro i komfort pacjenta. Jak wskazują C. Kwapińska i L. Grzelak, „aby zapobiec powikłaniom, należy umożliwić pacjentowi zmianę pozycji, poprzez uwolnienie od unieruchomienia. Krótkotrwałe uwolnienie od unieruchomienia, umożliwi pacjentowi zaspokojenie potrzeb fizjologicznych lub higienicznych. W czasie trwania przymusu bezpośredniego, pielęgniarka sprawdza stan skóry w okolicy pasów unieruchamiających, aby w razie potrzeby je rozluźnić lub zapiąć inaczej. Obserwacja tych miejsc, pozwoli uniknąć otarć i bolesnych zmian na skórze pacjenta. Ta czynność jest także wyrazem naturalnej troski o stan pacjenta”²⁵.

W związku z tym KMPT rekomenduje zaprzestanie tej praktyki na rzecz stosowania chwilowego zwolnienia w celu załatwienia przez pacjenta potrzeb fizjologicznych.

²⁴ Zob. Raport CPT z wizyty w Bułgarii w 2020 r., CPT/Inf (2020) 39, p. 40; Raport CPT z wizyty w Chorwacji w 2022 r., CPT/Inf (2023) 30, p. 199.

²⁵ C. Kwapińska, L. Grzelak, *Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjenta. Aspekt medyczny (2)*, „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne” 2012, t. 1, s. 125.

Po analizie monitoringu wizyjnego przedstawiciele KMPT zauważyli, że podczas przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia stosowanego w porze nocnej i/lub podczas snu pacjentów nie zawsze są przestrzegane normy dotyczące regularnego badania przez personel medyczny. W kilku analizowanych przypadkach stan pacjentów nie był kontrolowany przez pielęgniarkę co 15 minut, jak również nie następowało osobiste badanie unieruchomionego pacjenta przy przedłużaniu stosowania środka przymusu bezpośredniego. Miało to miejsce szczególnie, gdy unieruchomienie następowało w porze nocnej.

Zgodnie z art. 18a ust. 3 u.o.z.p. „stan fizyczny osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej kontroluje pielęgniarka nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby”. Ponadto zgodnie z ust. 6 ww. artykułu przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego po upływie pierwszych 4 godzin następuje po osobistym badaniu przez lekarza.

7.3. Prawo do informacji i mechanizmy skargowe

Przedstawiciele KMPT zwrócili uwagę, że na tablicach informacyjnych znajdują się wykazy podmiotów, do których pacjenci mogą złożyć skargę w przypadku naruszenia ich praw. Wyeksponowano na nich dane: Rzecznika Praw Pacjenta, Pełnomocnika ds. praw pacjenta w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu w Ciechanowie, Przewodniczącego Zespołu ds. Etyki w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie, Mazowieckiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia. Wyeksponowano również numery alarmowe, kartę praw pacjenta oraz regulamin odwiedzin i regulamin pozostawiania przedmiotów wartościowych.

KMPT rekomenduje uzupełnienie informacji znajdujących się na tablicach informacyjnych i wyeksponowanie danych teleadresowych: Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii: 0 800 676 676), Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego, sądu nadzorującego placówkę, prokuratury

i organizacji pozarządowych działających w obszarze ochrony praw człowieka (np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka). Taka praktyka zwiększy dostęp pacjentów do zewnętrznych mechanizmów skargowych, które stanowią minimalną gwarancję prewencji tortur.

7.4. Warunki bytowe

Warunki bytowe zastane na oddziale były poprawne, choć niewystarczające. Oddział dysponował dużą przestrzenią dla pacjentów. Mimo że w dniu wizytacji przebywało więcej pacjentów, niż przewiduje liczba zakontraktowanych łóżek, to każdy pacjent był zakwaterowany w sali, a pomieszczenia zajmowane przez pacjentów nie były przepełnione. Wizytowany oddział wymagał jednak remontu i dostosowania łazienek do potrzeb osób mających problemy z poruszaniem się. Przedstawiciele KMPT otrzymali sygnały, że podczas kąpieli podłoga w łazienkach staje się bardzo śliska, co stwarza niebezpieczeństwo dla pacjentów.

Z uznaniem delegacji KMPT spotkały się natomiast warunki bytowe zastane w budynku, do którego wizytowany oddział ma przenieść swoją siedzibę w I kwartale 2024 r. Nowy oddział znajduje się na terenie głównej siedziby szpitala. Jest on nowoczesny, przestronny i dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Sale pacjentów oraz łazienki mają dużą powierzchnię, w pełni pozwalają na poruszanie się osobom mającym trudności z chodzeniem lub korzystającym z wózka ortopedycznego. Budynek połączony jest również korytarzami podziemnymi z innymi oddziałami szpitala, co z pewnością przyczyni się do poprawy opieki specjalistycznej zapewnianej pacjentom oddziału psychiatrycznego.

W związku z planowaną przeprowadzką oddziału Krajowy Mechanizm odstępuje od wydania zaleceń w zakresie poprawy warunków bytowych. Jednocześnie KMPT zwraca się o poinformowanie, czy oddział psychiatryczny zmienił swoją lokalizację.

7.5. Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne

Jak wynika z informacji przekazanych przez dyrekcję placówki, terapia zajęciowa obejmuje m.in. ergoterapię, esteterapię, choreoterapię, muzykoterapię, sylwoterapię, kinezyterapię i ludoterapię. Ponadto w ramach zajęć kulturalno-oświatowych pacjenci korzystają z zajęć z elementami muzykoterapii, imprez i zabaw okolicznościowych, organizowanych ognisk, biblioteki, gier planszowych czy oglądania filmów. Terapia zajęciowa prowadzona jest od poniedziałku do piątku. Liczba terapeutów zajęciowych jest wystarczająca w godzinach przedpołudniowych.

W ocenie KMPT należy rozważyć obecność terapeuty zajęciowego w godzinach popołudniowych oraz w weekendy. Zwiększenie dostępności zajęć terapeutycznych uatrakcyjniłoby ofertę placówki i korzystnie wpłynęło na atmosferę w oddziale.

Warto wyeksponować, że zgodnie z § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych²⁶, w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy pacjentom zapewnia się również dostęp do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną.

Ponadto należy zapewnić zwiększenie środków w budżecie na terapię zajęciową, gdyż jak wynika z uzyskanych informacji, obecnie kwota ta jest niewystarczająca, co nie pozwala na zakup koniecznych materiałów, z których korzystają uczestnicy terapii, np. artykułów biurowych/plastycznych.

7.6. Kontakt ze światem zewnętrznym

7.6.1. Odwiedziny

Zgodnie z informacjami uzyskanymi przez pracowników KMPT, prawo do odwiedzin pacjentów jest realizowane codziennie w godzinach od 12:00 do 18:00.

²⁶ Dz. U. z 2014 r. poz. 522.

Podczas wizytacji pojedyncze odwiedziny trwały ok. 15 minut, z uwagi na sytuację epidemiologiczną. Wątpliwości budzi jednak zasada granicy wiekowej określonej dla osób odwiedzających, zgodnie z którą pacjentów mogą odwiedzać jedynie osoby powyżej 14 roku życia. W przypadku młodszych dzieci odwiedziny mogą odbywać się na terenie zewnętrznym oddziału, jednak jedynie wtedy, gdy panują odpowiednie warunki pogodowe. Regulacja ta nie wynika z Regulaminu Odwiedzin Pacjentów w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie, lecz z praktyki oddziału psychiatrycznego.

Należy podkreślić, iż regularne kontakty z bliskimi osobami są istotnym elementem pozostawania w kontakcie ze światem zewnętrznym, jak również mogą mieć pozytywny wpływ na osiągnięte przez pacjentów efekty terapeutyczne. Długotrwała rozłąka rodzica z dzieckiem może nie tylko pogarszać nastrój hospitalizowanego pacjenta, ale również w negatywny sposób wpływać na więź pomiędzy rodzicem a dzieckiem. W przypadku małych dzieci nawet kilka miesięcy rozłąki może mieć nieodwracalny wpływ na więź zbudowaną z członkiem rodziny. Warto w tym miejscu wyeksponować, że sala przeznaczona do odwiedzin pacjentów znajdowała się na uboczu oddziału, tuż przy samym wejściu. Tym samym do minimum zostało ograniczone ryzyko, by odwiedzający mogli być świadkami wydarzeń mających miejsce na oddziale, co uzasadnia zmianę zaobserwowanej praktyki.

KMPT rekomenduje umożliwienie odwiedzin pacjentów przez osoby poniżej 14 roku życia, niezależnie od warunków pogodowych.

7.6.2. Spacery

Spacery dla pacjentów organizowane są codziennie. Zgodnie z zasadami panującymi na oddziale pacjenci mogą korzystać ze spacerów po 10-dniowym okresie adaptacji na oddziale. Termin ten stosowany jest do każdego pacjenta, niezależnie od jego kondycji fizycznej i psychicznej.

KMPT rekomenduje odstępnie od tej praktyki na rzecz indywidualnej oceny możliwości udziału przez pacjenta w spacerze. Zdaniem Krajowego Mechanizmu decyzja o czasowym wstrzymaniu udziału pacjenta w spacerach powinna mieć charakter indywidualny, być uzależniona od jego stanu i mieć uzasadnienie medyczne. Odgórny zakaz obejmujący wszystkich pacjentów negatywnie wpływa na ich stan psychofizyczny i nie znajduje uzasadnienia.

CPT zaleca, by „wszyscy pacjenci korzystali z nieograniczonego dostępu do świeżego powietrza na terenie szpitala w ciągu dnia w bezpiecznym otoczeniu, chyba że czynności lecznicze wymagają ich obecności na oddziale, a pacjenci obłożnie chorzy, częściowo mobilni lub wymagający pomocy również mieli codzienny dostęp do świeżego powietrza”²⁷.

7.6.3. Telefony

Przedstawiciele KMPT uzyskali informację, iż podczas pobytu na oddziale pacjenci nie mogą korzystać ze swoich telefonów komórkowych. Telefony te mogą być wydane tylko w celu sprawdzenia numeru telefonu, na który pacjent chce wykonać połączenie. Pacjenci mają możliwość rozmowy za pośrednictwem ogólnodostępnego telefonu, który znajduje się na korytarzu. Rozmowy te są możliwe od godziny 10:00 do 22:00. Przedstawiciele KMPT zostali poinformowani, iż taka praktyka związana jest z obawami o bezpieczeństwo pacjentów oraz ryzykiem nagrywania personelu i innych pacjentów.

W ocenie Krajowego Mechanizmu jest to nadmierna i nieuzasadniona praktyka, zwiększająca dolegliwość wywołaną samym faktem pobytu w placówce. Tak restrykcyjne ograniczenia nie są też generalnie spotykane na oddziałach psychiatrycznych wizytowanych przez KMPT.

²⁷ Zob. Raport CPT z wizyty w 2022 r. Chorwacji, CPT/Inf (2023) 30, p. 152.

CPT podkreśla, że pacjenci powinni mieć zapewniony codzienny dostęp do telefonów (w tym telefonów komórkowych), chyba że istnieją poważne przeciwwskazania związane z bezpieczeństwem lub istnieje zgodne z prawem i uzasadnione zalecenie lekarza oparte na indywidualnej ocenie ryzyka lub postanowienie sądu stanowiące inaczej. Ponadto wszyscy pacjenci powinni mieć możliwość komunikowania się przez telefon w warunkach zapewniających prywatność, a w szczególności poufność podczas komunikowania się z prawnikiem, chyba że istnieje uzasadnione zalecenie lekarza ze względów bezpieczeństwa²⁸.

KMPT zaleca odstępstwo od ogólnej praktyki zabierania pacjentom ich własnych telefonów komórkowych na rzecz indywidualnej oceny ryzyka w konkretnych przypadkach. W sytuacjach indywidualnych decyzja o pozbawieniu pacjenta dostępu do telefonu komórkowego powinna być podjęta przez lekarza i odnotowana w dokumentacji medycznej.

7.7. Personel

Na oddziale psychiatrycznym zatrudnionych było 9 lekarzy (na 8,3 etatu) – 4 lekarzy psychiatrów oraz 5 lekarzy w trakcie specjalizacji psychiatrycznej. Ponadto w placówce pracowało 20 pielęgniarzy/pielęgniarek oraz 3 terapeutów zajęciowych.

Pracownicy KMPT nie otrzymali sygnałów o brakach kadrowych. Wręcz przeciwnie – zarówno pacjenci, jak i członkowie personelu podkreślali, że liczba pracowników zatrudnionych w oddziale jest odpowiednia do ilości pracy i wymagań pacjentów.

Z uzyskanych informacji wynika, że w roku 2023 zostało dla pracowników przeprowadzone szkolenie z praw pacjenta. Lekarze i psychologowie pracujący na oddziale uczestniczyli również w konferencji „Siła Więzi”. Jak wynika z rozmów

²⁸ Zob. Raport CPT z wizyty w 2022 r. Chorwacji, CPT/Inf (2023) 30, p. 214.

z personelem placówki, pracownicy dostrzegają jednak potrzebę dodatkowych szkoleń.

Z uwagi na specyfikę pracy, występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pacjentami oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, KMPT rekomenduje, by katalog oferowanych personelowi szkoleń i warsztatów, wzbogacić o tematykę dotyczącą: kontaktu z trudnym pacjentem, rozwiązywania konfliktów, sposobów radzenia sobie ze stresem i agresją, wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku. Konieczne jest również objęcie szkoleniami zarówno personelu medycznego, jak i psychologów oraz terapeutów.

Personel medyczny nie miał dostępu do superwizji prowadzonej przez zewnętrznego superwizora, która pozwoliłaby na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych oraz omówienie sytuacji trudnych i metod zaradczych, co sprzyjałoby prewencji wypalenia zawodowego.

8. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca:

8.1. Dyrektorowi Specjalistycznego Wojewódzkiego Szpitala

w Ciechanowie:

1. zorganizowanie pracownikom szkolenia z praktycznego stosowania Protokołu stambulskiego,
2. dokumentowanie obrażeń pacjentów za pomocą zdjęć,
3. zaprzestanie praktyki zakładania pacjentom pieluch na rzecz stosowania chwilowego zwolnienia, w celu załatwienia potrzeb fizjologicznych,
4. stosowanie przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia w salach izolacyjnych, jeśli nie są one zajęte,

5. precyzyjne opisywanie przesłanek będących podstawą stosowania przymusu bezpośredniego,
6. przypomnienie personelowi o konieczności każdorazowego przeprowadzania badania lekarskiego przy przedłużaniu okresu stosowania środka przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia,
7. przypomnienie personelowi o konieczności każdorazowego sprawdzania stanu unieruchomionego pacjenta co 15 minut,
8. odstąpienie od ogólnej praktyki zabierania pacjentom ich własnych telefonów komórkowych na rzecz indywidualnej oceny ryzyka; w sytuacjach indywidualnych decyzja o pozbawieniu pacjenta dostępu do telefonu komórkowego powinna być podjęta przez lekarza i odnotowana w dokumentacji medycznej,
9. umożliwienie korzystania ze spacerów wszystkim pacjentom, których stan zdrowia na to pozwala, bez względu na okres, jaki przebywają w szpitalu,
10. umożliwienie odwiedzin pacjentów przez osoby poniżej 14 roku życia, niezależnie od warunków pogodowych,
11. podjęcie działań mających na celu zapewnienie instalacji przyzywowej pacjentom oddziału psychiatrycznego,
12. zapewnienie pacjentom dostępu do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną, w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy,
13. zapewnienie niezbędnych materiałów do terapii zajęciowej,
14. uzupełnienie wykazu instytucji znajdujących się na tablicach informacyjnych, stosownie do uwag wskazanych w pkt 7.3 raportu,
15. rozbudowanie oferty szkoleń pracowników i włączenie do nich zagadnień tematycznych związanych z: kontaktem z trudnym pacjentem, rozwiązywaniem konfliktów, sposobami radzenia sobie ze stresem i agresją, przeciwdziałaniem wypaleniu zawodowemu,

16. zapewnienie pracownikom regularnej superwizji.

Ponadto KMPT zwraca się o poinformowanie, czy oddział psychiatryczny zmienił swoją lokalizację (pkt 7.4 raportu).

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się również do Przewodniczącej III Wydziału Rodzinnego i Nieletnich Sądu Rejonowego w Ciechanowie o zapoznanie sędziów orzekających w Sądzie Rejonowym w Ciechanowie, III Wydział Rodzinny i Nieletnich, z argumentacją wskazaną w pkt 6.2 raportu.

Sporządziła: Oliwia Rybczyńska

Za Zespół podpisuje:

Rafał Kulas

Dyrektor Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/