

Raport
przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji
z wizytacji oddziału psychiatrycznego Szpitala Uniwersyteckiego Nr 1
im. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy
(wyciąg)

1. Wstęp

Na podstawie artykułu 19 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania*, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192), [dalej OPCAT] oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniu 25 lutego 2016 r., do Kliniki Psychiatrii Szpitala Uniwersyteckiego Nr 1 im. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy (zwanego dalej: Szpitalem lub placówką) udali się przedstawiciele Zespołu *Krajowy Mechanizm Prewencji* (zwanego dalej KMP lub Mechanizmem): Dorota Krzysztoń (kryminolog), Małgorzata Molak (pedagog resocjalizacyjny), Przemysław Kazimirski i Marcin Kusy (prawnicy).

Celem wizytacji zapobiegawczej przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji było sprawdzenie na miejscu sposobu przestrzegania praw osób umieszczonych bez ich zgody w stacjonarnym oddziale psychiatrycznym Kliniki.

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- przeprowadzono rozmowę z lek. med. Przemysławem Grudzką – specjalistą z zakresu psychiatrii, koordynatorem oddziału objętym wizytacją, a także z Anną Michalak - pielęgniarką oddziałową;
- dokonano oglądu pomieszczeń, w tym: sal pacjentów, gabinetów lekarskich, sali terapii zajęciowej, patio, sanitariatów, jadalni oraz pomieszczeń izby przyjęć;
- przeprowadzono rozmowy indywidualne z wybranymi pacjentami;

- poddano analizie wybraną dokumentację, dostępną na miejscu m.in.: książki raportów pielęgniarskich, historie chorób losowo wybranych pacjentów, dokumentację stosowania przymusu bezpośredniego.

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną.

Pracownicy Krajowego Mechanizmu Prewencji poinformowali Mirosławę Ziółkowską - dyrektor ds. pielęgniarstwa, Annę Smolińską – pełnomocnik dyrektora ds. praw pacjenta oraz Arlettę Juszkow – kierownik działu organizacji i nadzoru o ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności, a także wysłuchali ich uwag i wyjaśnień.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano wybraną dokumentację związaną z funkcjonowaniem oddziału psychiatrycznego.

2. Charakterystyka placówki

Szpital Uniwersytecki Nr 1 im. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy to placówka publiczna, której organem założycielskim jest Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Wizytacja przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji obejmowała całodobowy oddział psychiatryczny realizujący przyjęcia pacjentów psychiatrycznych bez ich zgody przeznaczony dla mężczyzn i kobiet. Pojemność oddziału wynosi 26 miejsc. Z dniem 31 sierpnia 2015 r. oddział został przeniesiony do nowej siedziby mieszczącej się przy ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9 w Bydgoszczy.

Oddział stanowi integralną część Kliniki Psychiatrii, na której czele stoi prof. dr hab. n. med. Aleksander Araszkiwicz. Klinika jest akredytowanym przez Ministra Zdrowia ośrodkiem szkolenia specjalistycznego z psychiatrii oraz psychologii klinicznej.

3. Legalność pobytu

W dniu 25 lutego 2016 r. wszystkie miejsca w oddziale były zajęte. Wśród przebywających w nim pacjentów, 2 osoby przyjęte zostały bez zgody. Analiza dokumentacji tych osób oraz dokumentacji pacjentów przyjmowanych bez zgody w 2015 r., poczyniona pod kątem legalności ich pobytu, nie wykazała żadnych uchybień w jej prowadzeniu. Również weryfikacja działań Szpitala przez sąd przebiega sprawnie – postanowienia stwierdzające zasadność przyjęć bez zgody wydawane są w terminie ok. 2 tygodni od umieszczenia pacjenta w placówce.

4. Personel

Z informacji przekazanych wizytującym przez administrację Szpitala wynika, że łączna liczba zatrudnionego w oddziale personelu wynosi 25 osób. Personel medyczny stanowi 6 lekarzy (w tym 3 lekarzy rezydentów). Poza nimi w obsadzie oddziału znajdują się: pielęgniarki (17, w tym 2 na kontraktach), psychologzy (2), terapeuta zajęciowy oraz sanitariusze (7).

Pielęgniarki pracują w systemie dwuzmianowym. Dyżur dzienny pełnią 3 pielęgniarki oraz 1 - 2 sanitariuszy; na dyżurze nocnym pozostają 2 pielęgniarki i sanitariusz.

W ocenie przedstawicieli KMP stan zatrudnienia w oddziale ocenić należy jako w pełni wystarczający do sprawowania należytej opieki nad przebywającymi w nim pacjentami.

Z informacji zebranych w trakcie oraz po zakończeniu wizytacji wynika, że członkowie personelu uczestniczą jedynie w szkoleniach o charakterze wewnętrznym. Ich zakres nie budzi zastrzeżeń wizytujących. Personel psychologiczny i terapeutyczny ma zapewnione ponadto regularne superwizje pozwalające rozładować napięcia gromadzone w trakcie wykonywania obowiązków służbowych.

Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji doceniając obecne kwalifikacje kadry oddziału oraz dbałość władz wizytowanej placówki o właściwy dobór jej członków podkreślają, że tylko dobrze wyszkolony personel stanowi rzetelną ochronę przed złym traktowaniem pacjentów. Wizytujący zachęcają jednocześnie do organizacji warsztatów przeciwdziałających wypaleniu zawodowemu personelu pracującego na co dzień w bezpośrednim kontakcie z pacjentami.

5. Traktowanie

Zgodnie z przekazanymi informacjami, w latach 2015-2016 wobec personelu oddziału, pracującego w bezpośrednim kontakcie z pacjentami, nie były prowadzone postępowania dyscyplinarne, ani sądowe związane z traktowaniem podopiecznych.

Z ewidencji zastosowania przymusu wynika, że jest on stosowany w oddziale w postaci unieruchomienia oraz izolacji. Łączna liczba unieruchomień zastosowanych w okresie 1 stycznia 2015 r. – 25 lutego 2016 r. w oddziale wyniosła 20. Przymus zastosowano wobec 11 pacjentów.

Analiza wybranych losowo kart zastosowania przymusu wykazała w jednym tylko przypadku brak chronologii w zapisie karty kontroli stanu pacjentki [*dane usunięto*] poddanej unieruchomieniu w dniu 19 lutego 2016 r. Pozostałe karty wolne były od nieprawidłowości.

Co do zasady stosowanie przymusu odbywa się w izolacji, której wyposażenie jest zgodne z wymogami określonymi w § 8 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).

Poza izolacją, monitoringiem wizyjnym objęte są wszystkie sale pacjentów oraz ciągi komunikacyjne w oddziale. Przedstawiciele KMP pragną w tym miejscu wskazać na problem systemowy polegający na braku wyraźnego umocowania w akcie prawnym rangi ustawy stosowania monitoringu wizyjnego w szpitalach psychiatrycznych. Obecnie obowiązujące przepisy regulujące możliwość instalowania kamer telewizji przemysłowej w szpitalach psychiatrycznych naruszają przepisy Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, ze zm.) oraz w sposób rażąco naruszają zasady techniki legislacyjnej. Sprzeczność obowiązujących przepisów z Konstytucją RP zachodzi zarówno w wymiarze materialnym (regulują w rozporządzeniu materię ustawową) jak i formalnym (wykraczają poza zakres ustawowego upoważnienia do wydania rozporządzenia). W ocenie Rzecznika Praw Obywatelskich, każde ograniczenie konstytucyjnie chronionych praw i wolności obywatelskich (prawo do prywatności w analizowanym przypadku) wymaga formy ustawowej. W dniu 5 stycznia 2016 r. Rzecznik zwrócił się do Ministra Zdrowia z prośbą o podjęcie działań zmierzających do nadania ustawowego charakteru normom prawnym dotyczącym stosowania monitoringu w szpitalach psychiatrycznych oraz wprowadzenia szczegółowych regulacji w tym zakresie¹. W odpowiedzi z dnia 5 lutego 2016 r. Minister Zdrowia podzielił pogląd Rzecznika i zapewnił o wzięciu pod uwagę jego uwag w trakcie nowelizacji ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jednolity Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375). Jednocześnie z pisma Ministra wynika, że prace nad projektem nowej ustawy zostały rozpoczęte. Rzecznik będzie monitorował przebieg procesu nowelizacji. Zdaniem przedstawicieli KMP kwestia uregulowania monitoringu w szpitalach jest niezwykle pilna, bowiem w obecnej sytuacji dostrzegalny jest konflikt między koniecznością zapewnienia bezpieczeństwa osobom przebywającym w oddziałach, a poszanowaniem ich godności.

Przy okazji omawiania zagadnienia stosowania monitoringu w oddziale, wizytujący zwracają uwagę na potrzebę zmiany ustawienia monitorów, na których wyświetlany jest

¹Patrz: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/wyst%C4%85pienie-generalne-z-dnia-5012016-r-do-ministra-zdrowia-w-sprawie-stosowania-monitoringu>

podgląd z kamer (w tym z izolatki). Obecne ustawienie umożliwia obserwację obrazu także przez osoby postronne, znajdujące się na korytarzu oddziału.

W Szpitalu funkcjonuje pełnomocnik dyrektora ds. praw pacjenta, pełniący kluczową rolę w procedurze skargowej pacjentów (odbieranie, analiza treści oraz zapoznawanie Rady Społecznej Szpitala z wynikami badań otrzymanych skarg). Dane kontaktowe pełnomocnika wywieszono na tablicy informacyjnej w oddziale. Zgodnie z treścią zarządzenia w sprawie rozpatrywania skarg i wniosków, pacjent lub osoba go reprezentująca może złożyć (pisemnie bądź ustnie) skargę lub wniosek także do koordynatora oddziału, pielęgniarki oddziałowej, dyrektora Szpitala, bezpośrednio, za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej lub faxem. Skargi nie wymagają formy pisemnej.

Podczas analizy treści Regulaminu Oddziału Psychiatrycznego Katedry i Kliniki Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy, udostępnionego wizytującym w wersji papierowej, przedstawiciel KMP zwrócił uwagę na punkt 16 dopuszczający kontrolę przedmiotów posiadanych przez pacjenta w sali. Rozumiejąc nadrzędną przesłankę takich działań, którą stanowi zapewnienie bezpieczeństwa w oddziale, wizytujący zauważają potrzebę transparentności tej czynności. W ocenie przedstawicieli Mechanizmu, pożądanym z punktu widzenia praw osoby, której rzeczy poddane są kontroli, byłoby w pierwszym rzędzie poinformowanie jej o takim zamiarze oraz uzyskanie od niej zgody na takie sprawdzenie. W czasie wykonywania przeszukania pacjent powinien być obecny. Z czynności przeszukania powinna zostać sporządzona notatka w dokumentacji medycznej pacjenta. *Dzięki zaistnieniu wspomnianych zasad, istnieje możliwość przejrzystego ingerowania w sferę prywatności danej osoby w sposób szanujący jej intymność*². W związku z tym pracownicy BRPO zalecają odpowiednią zmianę treści analizowanego punktu Regulaminu.

Wizytujący zaniepokojeni są sygnałem odebrany od jednej z pacjentek, będącej świadkiem niewłaściwego zachowania członka personelu medycznego względem pacjentki poddanej unieruchomieniu w izolatce. Oprawdając grupę studentów medycyny po oddziale, miał on użyć słów odnośnie tej pacjentki, które naruszyły jej godność. W związku z brakiem możliwości jednoznacznej weryfikacji tego sygnału, przedstawiciele Mechanizmu podczas roboczego podsumowania wizytacji, poprosili przedstawicieli administracji Szpitala o wyjaśnienie opisanej sytuacji. W związku z tym wizytujący zwracają się w tym miejscu z prośbą o przedstawienie wyników podjętych w tym zakresie działań.

² Szerzej - Błażej Kmiecik *Poszanowanie prywatności pacjenta szpitala psychiatrycznego – kontekst prawny, etyczny oraz społeczny* w: *PSYCHIATRIA I PSYCHOLOGIA KLINICZNA* 2010, 10 (1), p. 31-37)

Poza opisanym sygnałem, wrażenia pracowników BRPO dotyczące atmosfery panującej pomiędzy pacjentami a personelem w oddziale, oparte przede wszystkim o indywidualne rozmowy przedstawicieli Mechanizmu z pacjentami, są w pełni pozytywne. Pacjenci podkreślali, że personel jest uprzejmy, kulturalny i podchodzi do nich z troską.

Analiza nagrania z monitoringu stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia w izolatce wobec pacjentki [*dane usunięto*] w dniach 19 – 20 lutego 2016 r., wykazała nieprawidłowości związane z jego przebiegiem. W związku z faktem, że przesłane nagranie zostało podzielone na 4 pliki video, momenty poniżej wskazanych nieprawidłowości zostaną opisane w odniesieniu do czasu trwania poszczególnych plików. Rozpoczęcie zapinania pasów przypada na 188 minutę drugiego z plików przesłanych wizytującym (5624 – cztery ostatnie cyfry w nazwie pliku video). Przedstawiciel KMP dokonujący analizy przesłanego materiału nie ma wątpliwości, co do przesłanek zastosowania unieruchomienia. Zwraca jednakże uwagę, że reakcja sanitariusza w trakcie zakładania pasów jest nieproporcjonalna w odniesieniu do zachowania pacjentki. Jest to widoczne w 189 min. nagrania, kiedy to wobec próby oplucia przez leżącą pacjentkę, sanitariusz rzuca się na nią chwytając ją obiema rękoma za szyję. Zdając sobie sprawę z napięcia, które bez wątpienia towarzyszyło opisanej sytuacji, przedstawiciele Mechanizmu zwracają uwagę, że personel szpitali psychiatrycznych powinien wykazywać się większą odpornością na prowokacyjne, często nie tylko werbalnie, zachowanie pacjentów, którzy w związku ze swoimi zaburzeniami oraz pobudzeniem w trakcie stosowania środków, nie są w stanie w sposób właściwy ocenić swojego postępowania. Reakcja sanitariusza, którą można zaobserwować we wskazanym momencie nagrania, nosi raczej znamiona odwetu, aniżeli zgodnego z prawem postępowania członka personelu stosującego subsydiarny środek oddziaływania w postaci przymusu bezpośredniego. Stwierdzenie to jest tym bardziej uzasadnione, że w trakcie gwałtownej reakcji pracownika, pacjentka była już częściowo unieruchomiona, nie zagrażając w sposób bezpośredni jego bezpieczeństwu.

Pracownik BRPO zwrócił także uwagę, że pomimo kontroli stanu pacjentki odnotowywanych w karcie stosowania unieruchomienia w regularnych odstępach 15-minutowych, takie sprawdzenia dokonywane były w rzeczywistości znacznie rzadziej. Dla przykładu pierwsza kontrola stanu pacjentki miała miejsce w 353 minucie (plik 5624) czyli po 132 minutach od opuszczenia izolatki przez personel stosujący przymus. Kolejna kontrola odbyła się po upływie 52 minut od czasu zakończenia poprzedniej (352 min. nagrania), a następna po 38 minutach od ostatniego sprawdzenia tj. w 450 minucie. Podczas tej kontroli,

pacjentce poluzowane zostały pasy, co wizytujący oceniają jako działanie zgodne z § 11 ust.1 pkt 2 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).

Brak regularnie dokonywanych, faktycznych kontroli stanu pacjentki stanowi działanie naruszające w sposób oczywisty przepisy wskazanego rozporządzenia, w szczególności § 10 ust. 1. Wizytujący podkreślają, że nadzór nad przebiegiem stosowania przymusu bezpośredniego czyniony za pomocą monitoringu, nie może stanowić wykonania obowiązkowych, regularnych, co 15-minutowych kontroli pacjenta, z uwagi na wymóg bezpośredniości takiej czynności, który wynika z treści § 11 ust. 1 rozporządzenia. Ustawodawca nie pozostawia wątpliwości, co do tego, że owe sprawdzenia winny być przeprowadzane osobiście, gdyż tylko podczas takowych możliwa jest ocena przez pielęgniarkę prawidłowości unieruchomienia, sposobu założenia pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych. W związku z tym przedstawiciele KMP zalecają dokonywanie faktycznej kontroli stanu pacjentów, wobec których stosowane jest unieruchomienie.

Kończąc opis analizy udostępnionych nagrań przedstawiciel Mechanizmu zwraca uwagę na dokonywanie czynności higienicznych wobec pacjentki poddanej unieruchomieniu bez zastosowania parawanu w czasie ich trwania (założenie pampersa – 353 min.; zmiana pampersa – 544 min.). Pomimo stosowania analizowanego przymusu w izolatce gwarantującej jednoosobowy pobyt, w ocenie wizytujących personel powinien wziąć także pod uwagę fakt objęcia monitoringiem tego pomieszczenia, którego obecność sama w sobie ogranicza konstytucyjne prawo do poszanowania prywatności przebywającego w niej pacjenta. Podczas czynności o charakterze higienicznym mamy dodatkowo do czynienia z naruszeniem sfer intymnych, co w powiązaniu z umiejscowieniem monitorów umożliwiających podgląd wnętrza izolatki także przez osoby postronne, o czym wspomniano wyżej, prowadzić może do stwierdzenia poniżającego traktowania osób poddanych przymusowi w tym pomieszczeniu. W tym miejscu należy przywołać treść przepisu 20 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r., 159 ze zm., dalej: ustawa o prawach pacjenta), *pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych*. Dlatego też wizytujący zalecają wykorzystywanie parawanu na czas czynności higienicznych wykonywanych wobec pacjenta poddanego przymusowi bezpośredniemu.

6. Prawo do ochrony zdrowia

Każdy nowoprzyjęty pacjent badany jest przez lekarza psychiatrę w izbie przyjęć, obsługującej klinikę psychiatryczną. Spotkania lekarzy z pacjentami co do zasady mają charakter planowy (wizyty lekarskie, indywidualne badania okresowe); odbywają się także z inicjatywy samych pacjentów lub też w sytuacjach szczególnych (pogorszenie stanu psychicznego, wystąpienie choroby somatycznej itp.).

W przypadkach wystąpienia zaburzeń natury somatycznej, dzięki funkcjonowaniu kliniki w obrębie wielospecjalistycznego szpitala, istnieje możliwość szybkiej konsultacji pacjenta przez lekarza innej dziedziny niż psychiatria.

W rozmowach z przedstawicielami KMP, pacjenci potwierdzili informacje przekazywane przez personel oddziałów odnośnie dostępu do opieki medycznej. Rozmówcy wiedzieli, jakie lekarstwa przyjmują; nie zgłaszali także zastrzeżeń dotyczących zabezpieczenia medycznego (psychiatrycznego bądź somatycznego).

W odniesieniu do kwestii realizacji prawa do informacji na temat aktualnego procesu zdrowienia, niektórzy z pacjentów wskazali, że w związku z klinicznym charakterem oddziału związanym nieodłącznie z obecnością w ramach praktyk personelu lekarskiego spoza Szpitala, istnieje trudność w indywidualnym dostępie do lekarza (lekarze nie mają wystarczająco dużo czasu, żeby poświęcić go na indywidualną rozmowę). W związku ze zgłaszanymi uwagami wizytujący zalecają sprawdzenie, czy każdy z pacjentów ma szansę skorzystania z indywidualnej rozmowy z lekarzem na temat aktualnego stanu zdrowia.

7. Prawo do informacji

Prawa i obowiązki pacjentów zostały zawarte w dwóch regulaminach oddziału, których treść została wyeksponowana na tablicach ogłoszeń. Podkreślić jednakże należy, że zawarte w nich regulacje są ze sobą w wielu miejscach sprzeczne. Co więcej jeden z nich liczy 18 punktów, drugi zaś 23. Opisane w następnych punktach niniejszego Raportu niespójności w treści obu regulaminów, zasadnym czynią sformułowanie pytania o to, który z nich obowiązuje w wizytowanym oddziale. Bez wątplenia dalsze trwanie dualizmu w zakresie regulacji życia w oddziale (jednoczesne wyeksponowanie na tablicach ogłoszeń treści obu aktów) jest nie do przyjęcia i wymaga natychmiastowej interwencji ze strony administracji Szpitala.

Poza regulaminami, na oddziałowych tablicach ogłoszeń zamieszczony jest szereg informacji, m.in. regulamin odwiedzin, dane kontaktowe Rzecznika Praw Pacjenta, plan dnia,

informacja o dniach, w których odbywa się msza, zajęcia terapeutyczne, informacja na temat możliwości uzyskania przepustek oraz złożenia skargi.

Przedstawiciele KMP bardzo dobrze oceniają dostęp pacjentów do wszystkich istotnych informacji związanych z pobytem w placówce, zalecają jednakże poszerzenie listy instytucji, do których pacjenci mogą zwrócić się w sytuacji naruszenia ich praw, o Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem na ogólnopolską bezpłatną infolinię – 800 676 676), sędziego rodzinnego i Helsińską Fundację Praw Człowieka.

8. Prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym

Pacjenci umieszczeni w szpitalu bez zgody mają zapewniony kontakt ze światem zewnętrznym poprzez prowadzenie korespondencji, rozmów telefonicznych, dostępu do internetu oraz odwiedzin. Realizacja rozmów telefonicznych możliwa jest za pomocą przenośnych aparatów służbowych personelu oddziału oraz prywatnych telefonów komórkowych pacjentów. Korzystanie z aparatów personelu jest bezpłatne. Komórki ładowane są w dyżurkach pielęgniarek. Pacjenci mogą posiadać także laptopy.

Wizytujący zwracają uwagę na sprzeczność pomiędzy dwoma regulaminami dotyczącą telefonów komórkowych. W jednym z nich widnieje zapis, zgodnie z którym urządzenia te nie mogą posiadać aparatu fotograficznego. Przyjęte w treści aktu rozwiązanie w zakresie korzystania przez pacjentów jedynie ze specyficznego typu telefonów komórkowych (*nota bene* trudnych do zdobycia w dobie dzisiejszego postępu na rynku telefonii komórkowej) stanowi w ocenie przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji zbyt dalece idące ograniczenie, nie znajdujące w ich ocenie uzasadnienia. Jako takie powinno zostać usunięte. Wystarczający jest zapis 20 pkt drugiego z regulaminów (udostępnionego także pracownikom KMP w formie kopii), zgodnie z którym *Pacjentów, ich rodziny i odwiedzających obowiązuje całkowity zakaz nagrywania (zarówno obrazu jak i dźwięku) za pomocą urządzeń rejestrujących np. komórek, dyktafonów, laptopów, kamer.*

Odwiedziny pacjentów odbywają się codziennie w godzinach 9.00 - 18.00. Co do zasady, pacjenci mogą przyjmować gości na stołówce oraz w pokoju odwiedzin. Pacjenci mogą także udać się z odwiedzającymi na teren jednego z trzech patio zlokalizowanych przy oddziale lub na teren szpitala. Z informacji przekazanych wizytującym przez pielęgniarkę oddziałową oraz z treści jednego z regulaminów wynika, że z kręgu odwiedzających nie są wykluczone dzieci poniżej 14 roku życia. Tymczasem treść drugiego regulaminu przekazanego przedstawicielom Mechanizmu zawiera w punkcie 3 zastrzeżenie

następującej treści: *przyjmowania odwiedzających osób dorosłych i dzieci powyżej 14 r. ż. Tylko w świetlicy oddziałowej.* Zapis ten uznać należy za bezzasadny, w sytuacji dysponowania przez oddział pomieszczeniem do odwiedzin zlokalizowanym tuż przy wejściu do niego i dającym tym samym gwarancję realizacji odwiedzin przez dzieci bez narażania je na ewentualne negatywne obrazy, których mogą doświadczyć w oddziale psychiatrycznym.

Część pacjentów posiada tzw. wolne wyjścia poza oddział; inni opuszczają budynek pod opieką personelu. Są również tacy, którzy ze względu na swój stan zdrowia nie mogą wychodzić z oddziału.

Pacjenci, z którymi rozmawiali przedstawiciele KMP, nie zgłaszali uwag związanych z realizacją prawa do kontaktu ze światem zewnętrznym.

9. Oddziaływania terapeutyczne i kulturalno-oświatowe

Zajęcia terapeutyczne odbywają się w dni powszednie w godzinach przed- i poobiednich. Spośród dostępnych dla pacjentów form tych oddziaływań wymienić można: psychoterapię, arteterapię, psychoedukację (pomoc w rozumieniu objawów choroby i wzbudzanie motywacji do leczenia, pomoc w rozpoznaniu emocji, radzenia sobie ze stresem, sytuacje interpersonalne, problematyka uzależnień), relaksację, wizualizację, muzykoterapię, trening funkcji poznawczych, trening inteligencji emocjonalnej. Wizytujący zwracają w tym miejscu uwagę, że zgodnie z treścią przepisu § 6 ust. 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), *w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy pacjentom zapewnia się również dostęp do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną.* W związku z powyższym, reprezentanci Mechanizmu podkreślają, że ważne jest zorganizowanie czasu wolnego pacjentom również w weekendy.

Pacjenci mogą korzystać także z sali fitness wyposażonej m.in. w bieżnię, rowery stacjonarne oraz stół do ping - ponga. Na jednym z przylegających do oddziału patio stworzone zostało ponadto boisko wielofunkcyjne.

Dodatkową formę aktywizowania pacjentów stanowią spotkania społeczności oddziałowej organizowane raz w tygodniu. Podczas ich trwania, osoby hospitalizowane mają możliwość zgłaszania swoich problemów oraz wpływania na zmianę poszczególnych elementów organizacji życia w oddziałach. Niestety podobnie jak kwestia kontaktów ze

światem zewnętrznym, tak i udział w społeczności oddziału ujęty został różnie w treści obu regulaminów. Tylko w jednym z nich (udostępnionym wizytującym) przyjęto właściwe rozwiązanie poprzez zapis, że udział w tego typu zebraniach stanowi prawo każdego z pacjentów. Treść drugiego z regulaminów wskazuje zaś, że udział pacjentów w społecznościach ma charakter obowiązkowy.

Terapeuci organizują swoje zajęcia w sali terapeutycznej dysponującej niezbędnym zapleczem sprzętowo-dydaktycznym. Ciekawym rozwiązaniem zastosowanym w tym pomieszczeniu jest lustro fenickie, dzięki któremu istnieje możliwość obserwacji zachowania poszczególnych pacjentów biorących udział w zajęciach.

W oddziale dostępna jest ponadto dla pacjentów mini biblioteka.

10. Warunki bytowe

Przedstawiciele KMP pozostają pod dużym wrażeniem warunków stworzonych w wizytowanym oddziale. Mając na uwadze doświadczenia pracowników BRPO płynące z wizytacji innych szpitali, placówka w Bydgoszczy stanowi doskonały przykład realizacji wizji placówki służby zdrowia, do której powinny dążyć inne szpitale. W ocenie wizytujących, aranżacja wnętrza oddziału oraz sąsiadujących z nim patio powodują bez wątpienia szybszą rekonwalescencję pacjentów.

Wszystkie sale pacjentów są czyste i przestronne; w każdej znajduje się łazienka. Posiłki spożywane są na stołówce, w której znajduje się także lodówka służąca do przechowywania produktów żywnościowych pacjentów.

Dostęp do świeżego powietrza jest nieograniczony ze względu na obecność przyoddziałowych patio estetycznie zagospodarowanych i wyposażonych w sprzęt umożliwiający relaks (ławki, fotele, stoliki).

11. Sytuacja osób z niepełnosprawnościami

Oceniając kwestię dostosowania wizytowanej placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami wskazać należy, że oddział jest w pełni przystosowany do potrzeb takich osób.

12. Prawo do praktyk religijnych

Nabożeństwa odprawiane są kaplicy szpitalnej usytuowanej poza oddziałami. Pacjenci, których stan zdrowia na to pozwala (korzystający z tzw. wolnych wyjść) uczęszczają na msze

święte. Inni pacjenci mogą korzystać z indywidualnych posług religijnych. Osoby, z którymi rozmawiali przedstawiciele KMP nie zgłaszały uwag w tym zakresie.

13. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji zalecają kierownikowi Kliniki Psychiatrii:

1. opracowanie nowego regulaminu oddziału zgodnie z sugestiami przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji;
2. poinformowanie o ustaleniach dotyczących postępowania członka personelu w czasie oprowadzania po oddziale grupy studentów, względem pacjentki poddanej unieruchomieniu w izolatce;
3. odniesienie się do nieprawidłowości związanych ze stosowaniem przymusu bezpośredniego względem pacjentki [*dane usunięto*] opisanych w p. 5 Raportu;
4. stosowanie parawanu w czasie dokonywania czynności higienicznych wobec pacjenta poddanego przymusowi w izolatce;
5. zmianę umiejscowienia monitora wyświetlającego podgląd z monitoringu oddziału, tak by obraz nie był dostępny dla osób postronnych;
6. odniesienie się do wątpliwości wizytujących dotyczących faktycznych możliwości indywidualnych rozmów pacjentów z lekarzami;
7. organizację zajęć terapeutycznych dla pacjentów również w weekendy;
8. uzupełnienie informacji zamieszczonych na tablicy informacyjnej o adresy Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem na ogólnopolską bezpłatną infolinię – 800 676 676) sędziego rodzinnego i Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.