

Warszawa, 25 czerwca 2014 r.

KMP.574.21.2014.WS

**Raport**  
**przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji**  
**z wizytacji Oddziału Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu**  
**Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych**  
**w Bolesławcu**  
**(wyciąg)**

**1. Wstęp**

Na podstawie artykułu 19 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192) oraz działając z upoważnienia Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 3 – 4 kwietnia 2014 r., do Oddziału Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Bolesławcu (zwanego dalej: oddziałem, placówką) udali się pracownicy Zespołu „Krajowy Mechanizm Prewencji” (zwanego dalej KMP lub Mechanizmem): Karolina Goral (pedagog resocjalizacyjny), Marcin Kusy, Michał Kleszcz i Wojciech Sadownik (prawnicy). W wizytacji wziął również udział ekspert KMP – Leszek Asman (lekarz psychiatra). Wyniki ekspertyzy zostały włączone w treść Raportu.

Celem wizytacji zapobiegawczej przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji było sprawdzenie na miejscu sposobu przestrzegania praw osób umieszczonych na oddziale w ramach środka zabezpieczającego, o którym mowa w art. 94 § 1 Kodeksu karnego (zwanym dalej: pacjentami, internowanymi), dokonując oceny

pod względem ich ochrony przed torturami oraz innym, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem albo karaniem.

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- przeprowadzono rozmowy z Janiną Hulacką – dyrektorem szpitala, lek. med. Wojciechem Donotek – zastępcą dyrektora ds. leczenia, Anną Dekarz – kierownikiem Działu Organizacyjno – Prawnego, Izabelą Pawlak – przełożoną pielęgniarek i innymi pracownikami placówki;
- dokonano oglądu pomieszczeń, w tym: pokoi pacjentów, gabinetów lekarskich, sanitariatów i jadalni;
- przeprowadzono rozmowy indywidualne z wybranymi pacjentami;
- poddano analizie wybraną dokumentację, dostępną na miejscu m.in. książki raportów pielęgniarskich, historie chorób i opinie psychiatryczne losowo wybranych pacjentów, zeszyty rejestru stosowania środków przymusu bezpośredniego, dokonano analizy monitoringu.

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną.

Pracownicy Krajowego Mechanizmu Prewencji poinformowali dyrektora i jej zastępcę o ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności, a także wysłuchali ich uwag i wyjaśnień.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano wybraną dokumentację związaną z funkcjonowaniem oddziału.

## **2. Charakterystyka placówki**

W szpitalu funkcjonuje 12 oddziałów psychiatrycznych (w tym izba przyjęć). Dodatkowo na terenie placówki istnieją 2 oddziały zakładu opiekuńczo – leczniczego oraz 4 poradnie (zdrowia psychicznego dla dorosłych, dla dzieci i młodzieży, terapii uzależnień od alkoholu, neurologiczna).

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. Nr 179, poz. 1854, z późn. zm.) szpital został wyznaczony do wykonywania środka zabezpieczającego w warunkach podstawowego zabezpieczenia dla sprawców czynów zabronionych popełnionych w stanie niepoczytalności. Rozporządzenie określiło jednocześnie liczbę

miejsce do wykonywania środka zabezpieczającego na 50, dla kobiet i mężczyzn. Internowani umieszczani są w oddziale psychiatrycznym 5cs. Wyjątkiem był 1 pacjent, który przed reorganizacją i wydzieleniem oddziału przeznaczanego do wykonywania środka zabezpieczającego (w 2011 r.) przebywał w oddziale 3b. W związku z tym, że zmiana miejsca pobytu mogłaby wiązać się z niepotrzebnym dla niego stresem, podjęto decyzję o pozostawieniu go w dotychczasowym miejscu pobytu. Pracownicy Mechanizmu uważają to rozwiązanie za słuszne, z pożytkiem dla tej osoby.

### **3. Legalność pobytu**

W czasie wizytacji w szpitalu przebywało 47 internowanych pacjentów, w tym 6 kobiet.

W wyniku analizy opinii sądowych pacjentów internowanych przedstawiciele KMP ustalili, że sporządzane są one terminowo, co 6 miesięcy. Teczki pacjentów zawierały m.in. postanowienia sądu o zastosowaniu środka zabezpieczającego, opinie psychiatryczne, postanowienia o przedłużeniu stosowania środka. Jednakże analiza dokumentacji (dane usunięto) z okresu od października 2011 r. do dnia wizytacji wykazała brak 1 postanowienia w przedmiocie dalszego stosowania środka zabezpieczającego. Sytuacja ta miała miejsce pomimo sporządzonej opinii sądu psychiatrycznej z dnia 30 maja 2013 r. Zgodnie z analizowaną dokumentacją w roku 2013 było wydane wobec pacjenta jedynie 1 postanowienie z dnia 30 stycznia, kolejne było już datowane na 10 stycznia 2014 r. Biorąc pod uwagę, że podstawą stosowania środka zabezpieczającego, o którym mowa w art. 94 § 1 Kodeksu karnego jest postanowienie, stwierdzona sytuacja prowadzi do wniosku że pobyt wskazanego pacjenta w oddziale w okresie od czerwca 2013 r. do stycznia 2014 r. pozbawiony był podstawy prawnej. Pomimo, iż względy medyczne nie uległy zmianie to sytuacja ta budzi poważne zastrzeżenia przedstawicieli Mechanizmu. Mając to na uwadze konieczne jest wyjaśnienie tej sprawy przez Prezesa Sądu Rejonowego w Bolesławcu.

W 2013 r. 16 pacjentów zwolniono z oddziału do domu, 3 do szpitala o wzmocnionym zabezpieczeniu i 1 do aresztu śledczego. W roku bieżącym (do dnia wizytacji) 5 pacjentów zwolniono do domu. Wśród pacjentów internowanych przebywających w placówce w dniu wizytacji 6 internowanych zostało przyjętych w bieżącym roku, natomiast najdłuższy pobyt dotyczył osoby internowanej przyjętej w 1991 r.

Pracownicy Krajowego Mechanizmu Prewencji zwracają uwagę na kwestię długotrwałych, wieloletnich pobytów niektórych pacjentów, którzy już nie wymagają przebywania w warunkach szpitalnych ale potrzebują opieki, przy jednoczesnym braku miejsc w domach pomocy społecznej. Zagadnienie to poruszane było również przez Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom, który dostrzegł, że w niektórych krajach pacjenci, którzy nie wymagają już przymusowego pobytu w ośrodku psychiatrycznym, nadal w nim pozostają z powodu braku odpowiedniej opieki bądź zakwaterowania w środowisku zewnętrznym (§ 57 Ósmego Sprawozdania ogólnego [CPT/Inf (98)]). Przedstawiciele KMP podczas wizytacji w szpitalach psychiatrycznych również spotkali się z przypadkami pacjentów, którzy nie wymagali już przymusowego pobytu w ośrodku psychiatrycznym, ale w dalszym ciągu potrzebowali leczenia i/lub opieki w środowisku zewnętrznym. W tym kontekście Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom stwierdził, że kontynuowanie pozbawienia wolności osoby z racji braku właściwych uwarunkowań w środowisku zewnętrznym stanowi praktykę wysoce dyskusyjną.

Obecność rezydentów długoterminowych (przebywających z powodów opisanych wyżej) zmienia styl funkcjonowania oddziału i relacje międzyosobowe, co z kolei wpływa na pozostałych pacjentów.

W ocenie pracowników Mechanizmu oddział/szpital psychiatryczny nie powinien równocześnie pełnić roli diagnostyczno-terapeutycznej dla osób ze wskazaniami do leczenia szpitalnego i roli miejsca do życia dla osób niewymagających leczenia szpitalnego, lecz potrzebujących stałej opieki instytucjonalnej. Dla wieloletnich rezydentów oddziału powinno się znaleźć miejsce w domu pomocy społecznej lub inne np. mieszkanie chronione, hostel. Przedstawiciele KMP dostrzegają, że jest to problem systemowy, a jego rozwiązanie wymaga zaangażowania dyrekcji szpitali i lokalnych władz administracyjnych i samorządowych.

#### **4. Personel**

Na oddziale zatrudnionych jest w sumie 3 lekarzy psychiatrów: w tym ordynator, jego zastępca i starszy asystent (2 lekarzy posiada specjalizację drugiego stopnia w zakresie psychiatrii, 1 lekarz jest psychiatrą z pierwszym stopniem specjalizacji, ordynator oddziału posiada dodatkowo kwalifikacje psychoterapeuty). W skład pozostałego personelu wchodzi: 13 pielęgniarek (wszystkie mają długoletni staż zawodowy w lecznictwie psychiatrycznym, 2 z nich są absolwentkami specjalizacji

psychiatrycznej), 2 psychologów, 2 sekretarki medyczne, instruktor terapii zajęciowej i 4 salowe. W godzinach popołudniowych do dyspozycji pacjentów na oddziale są minimum 2 pielęgniarki oraz lekarze dyżurni (2 dla całego szpitala). W sytuacjach zagrożenia ze strony pacjenta personel może liczyć na pomoc pracowników ochrony, zatrudnionych na terenie szpitala.

W okresie od września 2013 r. do lutego 2014 r. personel oddziału został przeszkolony przez pracowników szpitala z zakresu następujących tematów: chory psychicznie i społeczeństwo, specyfika komunikowania się z osobami chorymi psychicznie, społeczność terapeutyczna – rola pielęgniarki, trening umiejętności społecznych – rehabilitacja psychiatrii, prawa i obowiązki pacjenta szpitala psychiatrycznego w świetle przepisów prawnych, opieka nad pacjentem ze schizofrenią. Na rok bieżący zostały zaplanowane następujące szkolenia: zasady resuscytacji krążeniowo – oddechowej, prowadzenie dokumentacji szpitalnej, profilaktyka zakażeń szpitalnych. Ponadto na rok 2014 planowane jest szkolenie z zakresu stosowania środków przymusu bezpośredniego, które będzie przeprowadzone przez instruktora samoobrony (podmiot zewnętrzny). Celem szkolenia jest poznanie prawnych aspektów stosowania środków przymusu bezpośredniego, zasad kontaktu z agresywnym chorym, nabycie umiejętności w zakresie przestrzegania zasad stosowania i doboru środków przymusu bezpośredniego, wypracowanie strategii postępowania w tworzeniu otoczenia terapeutycznego, nabycie sprawności fizycznej pozwalającej na zachowanie zdrowia i życia w sytuacji zagrożenia. Przedstawiciele KMP podkreślają, że personel oddziału musi być wyposażony we wszechstronną wiedzę na temat środków przymusu bezpośredniego, w tym praktycznych umiejętności związanych z ich stosowaniem.

## **5. Traktowanie**

Zgodnie z przekazanymi informacjami, wobec personelu oddziału nie były prowadzone postępowania dyscyplinarne ani sądowe związane z traktowaniem pacjentów.

W latach 2013 – 2014 (do dnia wizytacji) w sumie 6 pacjentów oddaliło się z oddziału.

Opierając się na rozmowach przedstawicieli Mechanizmu przeprowadzonych z pacjentami oddziału należy stwierdzić, że w wizytowanej placówce nie mają miejsca

przypadki niewłaściwego traktowania, słownego czy też fizycznego. Ponadto pacjenci wskazywali, że w placówce panuje dobra atmosfera a personel dba o ich potrzeby.

W placówce przymus bezpośredni stosowany jest rzadko. Najczęściej stosowane jest unieruchomienie. Oddział nie dysponuje pomieszczeniem izolacyjnym. Środek przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia wykonywany jest w monitorowanym pomieszczeniu obserwacyjnym.

Przedstawiciele KMP przeanalizowali nagrania ze stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec 2 pacjentów.

W odniesieniu do (dane usunięto) (11 marca br. środek stosowany od 10.30 do 14.30) zastrzeżenia wizytujących wzbudziło kilka zaobserwowanych sytuacji. Podczas stosowania nie był wykorzystywany parawan. Unieruchomienie wykonywane jest w pokoju 3 osobowym, w trakcie stosowania środka pacjenci swobodnie wielokrotnie wchodzili do przedmiotowego pokoju. Kolejnym zdarzeniem budzącym poważne zastrzeżenia wizytujących była sytuacja, gdy 2 pracowników gospodarczych w celu uzyskania dostępu do gniazdka, nie uwzględniając w najmniejszym stopniu faktu obecności pacjenta, przesunęło łóżko na którym stosowany był środek przymusu bezpośredniego. W ocenie przedstawicieli Mechanizmu traktowanie pacjentów powinno opierać na poszanowaniu ich godności, utrwalona sytuacja zdecydowanie takich warunków nie zapewniła. Ponadto w czasie unieruchomienia pacjent załatwił potrzeby fizjologiczne do kaczki, przy tej czynności pomagał mu inny internowany. Zgodnie z wyjaśnieniami personelu oddziału wynikało to z braku zgody unieruchomionej osoby na skorzystanie z pomocy personelu kobiecego. W ocenie pracowników KMP inni pacjenci nie są właściwi do asystowania przy wykonywaniu tego rodzaju czynności, należy to do obowiązków wykwalifikowanego personelu. Należy podkreślić, że w czasie kiedy środek był stosowany, na oddziale przebywali pracownicy płci męskiej (np. terapeuta zajęciowy). Ponadto przez dłuższy okres czasu pacjent leżał z obnażonym brzuchem, odzież przesunęła się podczas prób zmiany pozycji na łóżku. Odpowiednią reakcją personelu powinno być poprawienie odzieży lub przykrycie pacjenta kocem. Należy ponownie zaznaczyć, że do pomieszczenia obserwacyjnego mieli swobodny dostęp pozostali pacjenci. Utrwalona na monitoringu sytuacja narażała pacjenta na uczucie dyskomfortu i wstydu.

Natomiast na nagraniu ze stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec (dane usunięto) (środek stosowany od 28 stycznia 2014 r. 14.40 do 29 stycznia br. 9.50),

można było dostrzec, iż trafił on na oddział w kajdankach. Należy zaznaczyć, że ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375, z późn. zm., dalej: u.o.z.p.) nie przewiduje możliwości stosowania wobec pacjentów szpitali psychiatrycznych kajdank jako środka przymusu bezpośredniego. Wyjaśniając spostrzeżenia wizytujących zastępca dyrektora ds. leczenia poinformował, że kajdanki założone były przez konwojujących pacjenta funkcjonariuszy Policji (ze względu na znaczne pobudzenie pacjenta, co można było zaobserwować podczas monitoringu) i nie są stosowane przez personel placówki, w tym przez pracowników ochrony. Przedstawiciele KMP zwracają się o jednoznaczne wyjaśnienie sprawy oraz przekazanie wyników przeprowadzonego postępowania. Kolejnym zaobserwowanym uchybieniem było nie wykorzystywanie parawanu na czas wykonywanych czynności higienicznych (założenie pieluchy). Inną sytuacją zaobserwowaną na nagraniu była wymiana pieluchy innego internowanego, w pokoju, w którym umieszczony był (dane usunięto). Mając to na uwadze przedstawiciele Mechanizmu ponownie zalecają aby wszelkie działania podejmowane wobec pacjenta oparte były na poszanowaniu jego godności. W przypadku unieruchomionego konieczne było zastosowanie parawanu, czynności higieniczne wykonywane wobec drugiego pacjenta powinny być bezwzględnie wykonywane w przeznaczony do tego łazience. Wizytujący zwrócili także uwagę na brak częściowego uwolnienia pacjenta po upływie 4 godzin od momentu zastosowania pasów, zgodnie 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. poz. 740).

Ponadto przedstawiciele KMP stwierdzili, że w *kartach zastosowania unieruchomienia lub izolacji* (załącznik nr 5 do ww. rozporządzenia) były nieczytelne podpisy osób zlecających, przedłużających i wykonujących unieruchomienie. W związku z powyższym pracownicy KMP zalecają wyeliminowanie powyższego uchybienia, tak aby było możliwe ustalenie osób dokonujących ww. czynności.

Postanowienia regulaminów oddziału nie zawierają postanowień dotyczących odpowiedzialności dyscyplinarnej.

W odniesieniu do obowiązujących w oddziale procedur pracownicy KMP zwracają się o wskazanie podstawy prawnej zapisu *standardu postępowania w przypadku samowolnego oddalenia się pacjenta* umożliwiającego jego wypisanie po upływie 30 dni od momentu samowolnego oddalenia się.

## **6. Prawo do ochrony zdrowia**

Każdy nowo przyjęty pacjent badany jest przez lekarza psychiatrę. Dostępność internowanych do pracowników medycznych na oddziale nie jest ograniczana. Spotkania z lekarzami odbywają się w sposób planowy (wizyty lekarskie, indywidualne okresowe badania), a także z inicjatywy pacjentów lub też w sytuacjach szczególnych (pogorszenie stanu psychicznego, wystąpienie choroby somatycznej itp.). W sytuacjach nagłych, poza godzinami pracy personelu lekarskiego, istnieje możliwość zbadania pacjenta przez lekarza dyżurnego. W rozmowach z przedstawicielami KMP internowani potwierdzili informacje przekazywane przez personel oddziału. Rozmówcy wiedzieli na jakie choroby cierpią i jakie lekarstwa przyjmują.

W przypadkach wystąpienia zaburzeń natury somatycznej, istnieje możliwość konsultacji pacjenta przez lekarza innej specjalności niż psychiatrę. Na terenie szpitala funkcjonuje wyodrębniony oddział psychosomatyczny z zatrudnionymi lekarzami chorób wewnętrznych. W razie konieczności uzyskania opinii lekarza innej specjalności istnieje możliwość skonsultowania pacjenta poza obrębem szpitala. Jednostka ma podpisane umowy z lekarzami różnych specjalności, a transport chorych do nich odbywa się w asyście personelu oddziału (zazwyczaj pielęgniarskiego). W czasie transportu nie są stosowane żadne środki przymusu bezpośredniego. Placówka ma podpisaną umowę na świadczenie usług stomatologicznych.

Oddział oferuje szeroki zakres farmakoterapii, w tym leków psychotropowych nowszych generacji (leków antypsychotycznych, leków tymoleptycznych, stabilizatorów nastroju). Dostęp do leków służących do leczenia chorób somatycznych również nie budzi zastrzeżeń eksperta KMP. Leki zlecane przez lekarzy oddziału lub też przez lekarzy specjalistów innych specjalności są dostępne po ich zamówieniu w aptecce szpitalnej.

Internowani, z którymi rozmawiali przedstawiciele Mechanizmu, nie zgłaszali zastrzeżeń bądź skarg dotyczących zabezpieczenia medycznego (psychiatrycznego bądź somatycznego).

## **7. Prawo do informacji**

Prawa i obowiązki pacjentów sprecyzowane są w regulaminie oddziału psychiatrii sądowej o podstawowym stopniu zabezpieczenia. Z treścią powyższego dokumentu pacjenci są zapoznawani bezpośrednio po przyjęciu, na oddziale.



Na tablicy, w jadalni wywieszony był szereg informacji, m.in. regulamin oddziału, karta praw pacjenta, dane kontaktowe przedstawicieli różnych wyznań, dane kontaktowe rzecznika praw pacjenta szpitala psychiatrycznego, dolnośląskiego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, tygodniowy plan zajęć, plan dnia, wykaz zajęć organizowanych na świetlicy.

Zespół Krajowy Mechanizm Prewencji bardzo dobrze ocenia nieograniczony dostęp pacjentów do wszystkich istotnych informacji związanych z pobytem w placówce, zaleca 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, sędziego penitencjarnego i Helsińską Fundację Praw Człowieka.

Mając to na uwadze warto zwrócić uwagę na stanowisko Europejskiego Komitetu Zapobiegania Torturom, zgodnie z którym *podstawową gwarancją przeciwko złemu traktowaniu w ośrodku psychiatrycznym jest skuteczna procedura zażaleniowa. Powinny istnieć szczególne procedury pozwalające pacjentom na składanie formalnych skarg do wyznaczonego organu, a także na poufne kontaktowanie się z odpowiednią władzą poza ośrodkiem* (§ 53 Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98)]).

W szpitalu pełni swoją funkcję rzecznik praw pacjenta szpitala psychiatrycznego. W ramach swoich obowiązków rzecznik przeprowadza z każdym nowoprzybyłym pacjentem rozmowy dotyczące skutków prawnych związanych z umieszczeniem w szpitalu psychiatrycznym, udziela pacjentom porad prawnych, wyjaśnia im ich sytuację wynikającą z orzeczenia środka zabezpieczającego, rozpatruje ich skargi i prowadzi także spotkania informacyjne dla personelu. Ponadto rzecznik każdego dnia odwiedza wszystkie oddziały i rozmawia z pacjentami. Przedstawiciele Mechanizmu wysoko oceniają zaangażowanie rzecznika w pracę z pacjentami wizytowanego szpitala.

Zgodnie z informacjami przekazanymi przez ordynatora oddziału, zdarzają się sytuacje, kiedy posiedzenie sądu w sprawie przedłużenia trwania środka zabezpieczającego odbywa się przy udziale zainteresowanego pacjenta. W jednym z przypadków posiedzenie sądu odbyło się na terenie szpitala. W innym sąd zawniósł o doprowadzenie pacjenta bez lekarzy, którzy sporządzili opinię w przedmiocie przedłużenia stosowania środka zabezpieczającego.

## **8. Prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym**

Pacjenci internowani mają zapewniony kontakt ze światem zewnętrznym poprzez prowadzenie korespondencji, rozmowy telefoniczne oraz odwiedziny. Zawartość przesyłanych paczek kontrolowana jest przez personel oddziału w obecności pacjenta. Realizacja rozmów telefonicznych możliwa jest za pomocą aparatu telefonicznego znajdującego się na korytarzu oddziału, usługa ta jest odpłatna. Jednakże w przypadku kiedy pacjent nowoprzybyły nie posiada wymaganych środków finansowych może wykonać połączenie na koszt placówki. Ponadto pacjenci mogą korzystać z własnych telefonów komórkowych, z zastrzeżeniem, że aparaty nie posiadają funkcji robienia zdjęć. W ocenie przedstawicieli KMP powyższe ograniczenie nie ma umocowania w obowiązujących przepisach. Należy również podkreślić, że większość nowych telefonów komórkowych posiada wbudowane aparaty i wprowadzone ograniczenie może powodować poniesienie przez pacjenta dodatkowych kosztów wynikających z konieczności nabycia dodatkowego aparatu telefonicznego. W związku z czym przedstawiciele Mechanizmu zalecają odstąpienie od powyższego ograniczenia i zamiast tego zaklejanie obiektywu w telefonach komórkowych taśmą plombowniczą (w przypadku jej odklejenia nie jest możliwe jej ponowne użycie). Ładowarki do telefonów przechowywane są w dyżurce pielęgniarek.

Odwiedziny pacjentów odbywają się codziennie w godzinach od 11:00 do 13:00 i od 15.00 do 18.00 realizowane są w świetlicy/jadalni, bądź w innych wyznaczonych pomieszczeniach. W przypadkach losowych ordynator oddziału może zezwolić na odwiedziny także w innych godzinach. Pacjenci mający wolne wyjścia mogą udać się z odwiedzającymi na świeże powietrze lub poza teren szpitala.

W odniesieniu do odwiedzin zastrzeżenia wizytujących budzi zapis § 2 regulaminu dla odwiedzających, który stanowi, że jeśli pacjent nie jest w stanie wyrazić zgody, odwiedzić go może tylko najbliższa rodzina (współmałżonek, dzieci, rodzice, rodzeństwo, opiekun faktyczny). W ocenie przedstawicieli Mechanizmu należy sprecyzować jakie sytuację mogą przemawiać za ograniczeniem kontaktu z osobami spoza oddziału. Ponadto wątpliwe jest ograniczenie w wyżej opisanej sytuacji kręgu osób uprawnionych do odwiedzin. Należy uwzględnić także przypadki, kiedy pacjent nie posiada rodziny, a bliższe relacje utrzymuje z osobami niespokrewnionymi. W związku z powyższym pracownicy KMP zalecają sprecyzowanie przypadków, kiedy może nastąpić ograniczenie odwiedzin oraz uwzględnienie uwag dotyczących kręgu osób uprawnionych do odwiedzin. Wątpliwości przedstawicieli Mechanizmu wzbudził również zapis § 3

regulaminu dla odwiedzających - w przypadku pacjenta ubezwłasnowolnionego, opiekun prawny może zgłosić, wyłącznie na piśmie, ordynatorowi oddziału stosowne zastrzeżenie dotyczące odwiedzin. W ocenie pracowników KMP określenia kręgu osób z którymi osoba ubezwłasnowolniona może się spotykać wykracza poza zakres uprawnień opiekuna prawnego. W związku z powyższym konieczne jest usunięcie tego zapisu. W tym miejscu należy przytoczyć art. 33 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2013 r., poz. 1245 ze zm.), który jasno wskazuje, że *pacjent podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami.* Oczywiście art. 5 ww. ustawy wyposaża kierownika podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważnionego przez niego lekarza w prawo do ograniczenia z korzystania z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu.

Pacjenci, z którymi rozmawiali przedstawiciele KMP, nie zgłaszali uwag związanych z kontaktem ze światem zewnętrznym.

Część pacjentów może mieć swobodne wyjścia poza oddział, inni opuszczają budynek pod opieką terapeuty, są też tacy, którzy ze względu na swój stan zdrowia nie mogą opuszczać oddziału. Podczas wizytacji 4 internowanych wykonywało dobrowolnie i odpłatnie pracę na rzecz szpitala. W rozmowach z pracownikami Mechanizmu ordynator oddziału podkreślił jak istotne dla procesu leczniczego ma możliwość kontaktu pacjentów ze środowiskiem zewnętrznym. Przedstawiciele KMP bardzo wysoko oceniają przyjęte w placówce rozwiązanie, dzieląc pogląd ordynatora oddziału. Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom w § 54 Ósmego Sprawozdania Ogólnego stwierdził, że *dla pacjentów szpitali niezbędne jest utrzymywanie kontaktu ze światem zewnętrznym, nie tylko w celu zapobiegania złemu traktowaniu, ale także z terapeutycznego punktu widzenia.*

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

Pacjenci mają zapewnioną bogatą ofertę zajęć terapeutycznych, kulturalno – oświatowych i sportowych.

Na oddziale jest zatrudniony terapeuta zajęciowy, który w świetlicy/jadalni prowadzi z pacjentami różnego rodzaju działania (zajęcia muzyczne plastyczne, gimnastyka, trening kulinarny). Pomieszczenie to było właściwie urządzone, nie brakowało również odpowiednich materiałów. W miejscu tym organizowane są także spotkania pacjentów z personelem podczas uroczystych spotkań organizowanych z okazji Świąt Bożego Narodzenia, Wielkiej Nocy.

Do dyspozycji internowanych oddana jest również podręczna biblioteka.

Poza bogatą ofertą zajęć realizowanych w oddziale, pacjenci mogą też uczęszczać do świetlicy centralnej. Spośród licznych zajęć można wymienić takie jak: zajęcia umuzykalniające, zabawy taneczne, turnieje tenisa stołowego, różnego rodzaju konkursy.

W ocenie eksperta KMP oferta terapeutyczna w zakresie terapii zajęciowej jest wystarczająca biorąc pod uwagę jej formy. Niewystarczający jest jedynie czas jej dostępności (terapeuta zajęciowy zatrudniony jest w godzinach 7.00 – 14.35). Wyjątek stanowią niektóre weekendy, podczas których organizowane są okolicznościowe oraz rekreacyjne zajęcia dla pacjentów. Pozbawienie internowanych zajęć w godzinach popołudniowych nie sprzyja procesowi rehabilitacji i może prowadzić do przewlekania się zaburzeń, a tym samym wydłużania okresu leczenia szpitalnego.

Na oddziale funkcjonuje społeczność, której spotkania odbywają się co 2 tygodnie. W czasie prac społeczności poruszane są kwestie funkcjonowania oddziału i inne zagadnienia ważne z punktu widzenia pacjentów (np. jadłospis). Pacjenci wybierają spośród siebie starostę oddziału. Ordynator oddziału podkreślił, że wprowadzenie samorządności oraz dokonywanie wyboru starosty zwiększyło poczucie odpowiedzialności pacjentów za oddział i przyczyniło się np. do zmniejszenia liczby przypadków niszczenia mienia szpitala przez pacjentów.

Zaobserwowane przez wizytujących dobre podejście do pacjentów, w tym angażowanie ich w życie oddziału należy bardzo wysoko ocenić, jako właściwy środek do stworzenia przyjaznej atmosfery w placówce.

Pacjenci uzależnieni (zwłaszcza od alkoholu) mają możliwość udziału w terapii odwykowej, poprzez uczestnictwo w mitingach (w strukturze szpitala funkcjonują oddziały leczenia uzależnień i alkoholowych zespołów asbtyncyjnych). Możliwość ta jest bardzo istotna dla całości terapii, ponieważ, jak wskazuje literatura fachowa i praktyka (co podkreślał także personel oddziału), ilość pacjentów, u których postawiono tzw. podwójną diagnozę (zaburzenia psychiczne oraz uzależnienie) jest stosunkowo wysoka.

## **10. Warunki bytowe**

W oddziale panują dobre warunki bytowe. Pacjenci umieszczeni są w pokojach od 2 do 7 osobowych, 3 sypialnie przeznaczone są dla kobiet. Każdy pokój wyposażony jest w łóżka, szafki, krzesła. W dniu wizytacji sale chorych były czyste i zadbane. Z uwagi na niewystarczającą pojemność szafek, pacjenci swoje rzeczy przechowywali w torbach ustawionych przy łóżkach. W ocenie pracowników KMP pacjenci powinni mieć zapewnione pojemniki na rzeczy, tak aby mogli przechowywać swoje rzeczy w dogodnych warunkach. Pozostałe rzeczy przechowywane są w szatni oddziałowej. Pacjenci w trudnej sytuacji finansowej mogą liczyć na wsparcie ze strony szpitala w postaci odzieży i środków do utrzymania higieny osobistej.

Pacjenci swoje rzeczy mogą prać samodzielnie w pralkach oddziałowych albo oddawać do prania. Pacjenci korzystają ze swoich środków chemicznych, ale mogą także liczyć na wsparcie szpitala w tym zakresie.

Posiłki pacjenci spożywają na stołówce, pełniącej również funkcję świetlicy. Internowani, których stan zdrowia na to pozwala, zakupy robią samodzielnie w okolicznych sklepach. Pozostałym osobom w tym zakresie pomocą służy personel oddziału. Produkty spożywcze mogą być przechowywane w lodówce oddziałowej. Między posiłkami pacjenci mogą przygotowywać sobie ciepłe napoje, w oddziale do ich dyspozycji oddane są czajniki elektryczne. Pacjenci oddziału nie mieli zastrzeżeń do oferowanego im jedzenia. Większość podkreślała ponadto, że zapewnione im posiłki są smaczne.

Do oddziału przylega zadbany teren zielony. Tutaj pacjenci mogą korzystać z codziennych spacerów.

## **11. Dostosowanie placówki do potrzeb osób niepełnosprawnych**

Oceniając kwestię warunków bytowych należy stwierdzić, że oddział jest dostosowany (poza zastrzeżeniami dotyczącymi toalety) do potrzeb osób niepełnosprawnych – brak jest progów, drzwi posiadają odpowiednią szerokość, w budynku jest winda.

W oddziale są wyodrębnione osobno dla mężczyzn i kobiet sanitariaty z kabinami prysznicowymi, wannami i WC. Poza tym toalety są zlokalizowane w 2 pokojach kobiecych. Jedna z toalet przedstawiona została wizytującym jako dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych - do kabiny prowadziły szersze drzwi, a przy sedesie

umieszczono uchwyt. W ocenie pracowników KMP wskazane byłoby zwiększenie liczby udogodnień tak aby osoba mniej sprawna mogła bez pomocy osób trzecich korzystać z urządzeń sanitarnych. Należy również zaznaczyć, że wysokość na jakiej zamontowane są umywalki oraz lustra w tej toalecie, uniemożliwiają osobie poruszającej się na wózku korzystanie z nich. Jednakże w rozmowie pacjent poruszający się na wózku stwierdził, że istniejące udogodnienia wystarczają aby mógł z niej samodzielnie korzystać.

## **12. Prawo do praktyk religijnych**

Nabożeństwa odprawiane są w kaplicy szpitalnej, w niedzielę. Pacjenci, których stan zdrowia na to pozwala uczęszczają na msze święte. Z myślą o pozostałych kapelan udziela indywidualnych posług religijnych na oddziale.

## **13. Dobre praktyki**

Jak wskazano w pkt 8 Raportu przedstawiciele Mechanizmu bardzo wysoko oceniają aktywizację pacjentów (których stan zdrowia na to pozwala) poprzez kontakt ze środowiskiem zewnętrznym w ramach swobodnych wyjść z oddziału oraz możliwość wykonywania odpłatnej pracy na rzecz szpitala.

Tak również ocenić trzeba zorganizowanie samorządności pacjentów, opisanej w pkt 9 Raportu.

## **14. Zalecenia**

Na podstawie art. 19 Protokołu Fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karaniami, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji zalecają:

### **Dyrektorowi Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu:**

1. wyeliminowanie nieprawidłowości w postępowaniu wobec pacjentów, zaobserwowanych podczas analizy monitoringu ze stosowania środków przymusu bezpośredniego;
2. stosowanie oraz dokumentowanie środków przymusu bezpośredniego zgodnie z uwagami zawartymi w pkt 5 Raportu;

3. stosowanie częściowego uwolnienia podczas stosowania unieruchomienia, zgodnie z obowiązującymi przepisami;
4. wyjaśnienie sytuacji wykorzystania kajdanek wobec (dane usunięto);
5. zmianę zapisu § 2 regulaminu dla odwiedzających, zgodnie z uwagami zawartymi w pkt 8 Raportu;
6. usunięcie z regulaminu dla odwiedzających prawa opiekuna prawnego do określania osób uprawnionych do odwiedzania pacjenta;
7. uregulowanie kwestii związanej z telefonami komórkowymi w sposób wskazany w pkt 8 Raportu;
8. zapewnienie pacjentom pojemników na odzież;
9. zwiększenie liczby udogodnień w toalecie dla niepełnosprawnych;
10. uzupełnienie informacji zamieszczonych na tablicy informacyjnej o adresy Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem na ogólnopolską bezpłatną infolinię – 800 676 676) sędziego rodzinnego, sędziego penitencjarnego i Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.

**Prezesowi Sądu Rejonowego w Bolesławcu:**

1. wyjaśnienie przypadku braku postanowienia w przedmiocie dalszego stosowania środka zabezpieczającego wobec (dane usunięto).