

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji  
z wizytacji w Wojewódzkim Zespole Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie  
(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 z dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 Nr 30, poz. 192) oraz działając z upoważnienia Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniu 2 października 2012 r., do Wojewódzkiego Zespołu Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie (zwanego dalej: szpitalem, placówką) udali się pracownicy Zespołu „Krajowy Mechanizm Prewencji” (zwanego dalej KMP lub Mechanizmem): Dorota Krzysztoń (kryminolog) oraz Małgorzata Molak (pedagog resocjalizacyjny). W wizytacji wzięła również udział ekspert KMP – Jolanta Paszko (specjalista psychiatrii), której ekspertyza została włączona w treść niniejszego Raportu.

Celem wizytacji zapobiegawczej Krajowego Mechanizmu Prewencji było sprawdzenie na miejscu sposobu przestrzegania praw osób pozbawionych wolności, umieszczonych w szpitalu, dokonując oceny ich ochrony przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem. Szpital wizytowano ze szczególnym uwzględnieniem warunków pobytu i leczenia osób przebywających w nim w ramach środka zabezpieczającego, o którym mowa w art. 94 § 1 Kodeksu karnego (zwanym dalej: internowani, pacjenci).

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- przeprowadzono rozmowy z: Janem Citko – dyrektorem Wojewódzkiego Zespołu Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie, Józefem Korobutem – zastępcą dyrektora ds. leczenia oraz obecnymi w dniu wizytacji ordynatorami i personelem oddziałów I, II, III;
- dokonano oglądu oddziałów I, II, III w tym: pokoi pacjentów, gabinetów lekarskich, sanitariatów, świetlicy i jadalni;
- przeprowadzono rozmowy indywidualne z wybranymi pacjentami;
- poddano analizie dokumentację, dostępną na miejscu m.in.: książki raportów pielęgniarских i lekarskich, rejestry zdarzeń niepożądanych, kwestionariusze monitorowania ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, wybrane historie chorób i opinie psychiatryczne pacjentów internowanych.

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną i użyto dalmierza do pomiaru powierzchni wybranych pomieszczeń.

Ustalenia dokonane w ramach powyższych czynności przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji przekazali dyrektorowi oraz pozostałym osobom z kierownictwa szpitala oraz ordynatorom, wysłuchując ich wyjaśnień.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano: Statut Wojewódzkiego Zespołu Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie (dalej: WZLP), Regulamin organizacyjny oddziału ogólnopsychiatrycznego WZLP, zarządzenie wewnętrzne nr 5/11 dyrektora WZLP z dnia 14 lutego 2011 r. w sprawie praw pacjenta, procedury przyjęcia i wypisania z WZLP, procedurę postępowania w przypadku zdarzenia niepożądanego, informację o szkoleniach personelu z lat 2011-2012, tygodniowe harmonogramy zajęć terapii w oddziałach I, II i III, wybrane jadłospisy siedmiodniowe, sprawozdanie sędziego Sądu Rejonowego III Wydział Rodzinny i Nieletnich w Olsztynie z kontroli placówki w dniach 18 października – 5 listopada 2010 r. wraz z odpowiedzią dyrektora WZLP z dnia 18 lutego 2011 r. oraz sprawozdania Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Olsztynie w latach 2011-2012.

## **2. Charakterystyka placówki.**

W szpitalu mieszczą się: cztery oddziały ogólnopsychiatryczne (I, II, III, IV), oddział dzienny psychiatryczny z pododdziałem rehabilitacji psychiatrycznej, oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży, oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych z pododdziałem leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych oraz punkt konsultacyjny dla osób uzależnionych i współuzależnionych od alkoholu. Oddziały są koedukacyjne.

Szpital przeznaczony jest do wykonywania środków zabezpieczających w warunkach podstawowego zabezpieczenia i w związku z tym dysponuje 15 miejscami dla sprawców czynów zabronionych popełnionych w stanie niepoczytalności.

Pacjenci ci leczeni są wraz z innymi osobami w trzech oddziałach ogólnopsychiatrycznych (I, II, III), z których każdy dysponuje 60 miejscami. W oddziałach tych leczone są zaburzenia psychiczne, w tym: schizofrenia, zaburzenia depresyjne, nawracające, afektywne dwubiegunowe, schizoafektywne i lękowe. Leczone są w nich także zaburzenia występujące w przebiegu organicznych zaburzeń osobowości oraz upośledzeń umysłowych. Na oddziałach udzielana jest również pomoc psychiatryczna i psychologiczna w stanach stresu pourazowego.

W oddziale IV dysponującym 40 miejscami, leczone są zaburzenia psychiczne osób po sześćdziesiątym roku życia. Personel tego oddziału zajmuje się diagnostyką i leczeniem otępień, zaburzeń depresyjnych, psychotycznych wieku podeszłego, psychoz, zaburzeń nerwicowych, lękowych osób starszych. Oddział ten oraz pozostałe oddziały w placówce nie są przeznaczone dla pacjentów internowanych, w związku z tym czynności wizytacyjne ograniczono do oddziałów I, II i III.

## **3. Legalność pobytu**

Zgodnie z przedstawioną dokumentacją, ostatnia sądowa kontrola legalności przyjmowania i przebywania osób z zaburzeniami psychicznymi w wizytowanej przez Mechanizm placówce miała miejsce w dniach 18 października – 5 listopada 2010 r. Przeprowadzona została przez sędziego Sądu

Rejonowego w Olsztynie, wyznaczonego przez Prezesa Sądu Okręgowego w Olsztynie.

W zainteresowaniu sędziego były osoby przyjęte bez zgody oraz osoby przyjęte do szpitala za ich zgodą. Sędzia wizytujący nie stwierdziła, aby w badanych przypadkach ktokolwiek był przyjęty do szpitala bez skierowania i bez terminowego powiadomienia sądu o fakcie przyjęcia. Stwierdzone uchybienia, takie jak np. brak wpisów w dokumentacji pacjentów o zasięgnięciu opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa przy przyjęciu w trybie art. 23 ust. 1 i art. 24 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. *o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz.U. z 1995 r. Nr 150, poz. 736, tekst jednolity z późn. zm., zwanej dalej: u.z.o.p.) i braku zgody ordynatora na przyjęcie pacjenta na oddział szpitala w historiach chorób kilkudziesięciu osób, zgodnie z pisemną informacją dyrektora szpitala z dnia 18 lutego 2011 r. (sygn. D-0810/1/11), zostały wyeliminowane.

W dniu wizytacji KMP w oddziałach I, II i III przebywało łącznie 13 internowanych osób. Spośród tych pacjentów, najdłużej w placówce przebywała osoba przyjęta w dniu 23 lutego 2007 r., jednakże w tej grupie przeważają osoby przyjęte w 2012 r. (6 osób).

W zanalizowanych losowo aktach indywidualnych pacjentów internowanych znajdowały się dokumenty stanowiące podstawę do uznania, że ich pobyt w szpitalu jest uzasadniony postanowieniem sądu i nie rzadziej niż co 6 miesięcy opracowywane są i przesyłane są do sądu opinie o stanie stanu zdrowia psychicznego sprawcy. Jednakże, ordynatorzy wizytowanych oddziałów, poinformowali wizytujących, iż mimo wydania opinii o zmianie stanu zdrowia i braku konieczności dalszej internacji, sąd przedłuża stosowanie środka zabezpieczającego. Zgodnie z relacją ordynatorów, również często w przypadkach korzystnych opinii, w przeciwieństwie do opinii niekorzystnych dla internowanych, sądy wzywają biegłych na posiedzenie lub zasięgają opinii innych biegłych (na podstawie art. 204 § 1 K.k.). Relacje ordynatorów nasuwają wątpliwości dotyczące zgodności z prawem dalszego pozbawienia wolności internowanych.

Zgodnie z art. 94 § 2 K.k. sąd orzeka zwolnienie sprawcy, jeżeli jego dalsze pozostawanie w zakładzie nie jest konieczne. Zasadą jest bowiem, że pobyt sprawcy

w zakładzie zamkniętym powinien być ograniczony do niezbędnego minimum, stanowi bowiem ograniczenie jego praw i wolności (zob. art. 31 Konstytucji RP i art. 4 K.k.w.). Środek zabezpieczający ma prewencyjny a nie restrykcyjny charakter. Nadto istnieje przecież możliwość ponownego umieszczenia niepoczytalnego sprawcy w zakładzie psychiatrycznym (zob. art. 94 § 3 K.k.). Obowiązuje ona przez okres 5 lat od zwolnienia z zakładu, o ile prognoza, która była podstawą zwolnienia, okazała się nietrafna, bądź uległ zmianie stan zdrowia sprawcy, stwarzając na nowo przesłanki do orzeczenia wobec niego omawianego środka. Kontrola i nadzór nad wykonywaniem leczniczych środków zabezpieczających, związanych z umieszczeniem sprawcy w zamkniętym zakładzie leczniczym leży w gestii sędziego penitencjarnego, który m.in. na mocy art. 34 § 4 K.k.w., w razie w wypadku stwierdzenia niezgodnego z prawem pozbawienia wolności zarządza zwolnienie takiej osoby z internacji. Z przedstawionej Mechanizmowi dokumentacji nie wynika, aby w ostatnich 2 latach w wizytowanej placówce była przeprowadzona kontrola sędziego penitencjarnego. Z tego względu oraz z uwagi na to, że decyzja o przymusowej izolacji człowieka jest głęboką ingerencją w sferę praw i wolności obywatelskich, w ocenie KMP, opisane relacje personelu wizytowanej placówki powinny być przedmiotem analizy sędziego penitencjarnego.

#### **4. Personel**

Wizytowane oddziały spełniają wymogi Narodowego Funduszu Zdrowia co do zatrudnionego personelu. Średnio w każdym z oddziałów na jednego lekarza przypada 15 pacjentów. W każdym oddziale zatrudniony jest również psycholog, terapeuta zajęciowy i pracownik socjalny (średnio na każdego z nich przypada 60 pacjentów). Liczba pielęgniarek, sanitariuszy i salowych jest podobna w każdym oddziale (17-18 pielęgniarek, 5-6 salowych i 4-6 sanitariuszy). Nadto, w każdym oddziale zatrudniona jest sekretarka medyczna.

Zgodnie z przekazaną przedstawicielom KMP informacją, pracownicy wszystkich oddziałów szpitala przechodzą liczne szkolenia specjalistyczne. W latach 2011-2012 r. odbyło się ich kilka, m.in.: *Sytuacje trudne w pracy*, *Radzenie sobie ze stresem*, *Metody leczenia w psychiatrii*, *Stany nagłe w psychiatrii*, *Rehabilitacja*

w psychiatrii, *Specyfika opieki pielęgniarstwa nad pacjentem z zaburzeniami psychicznymi, Podstawowe zasady kontaktów z pacjentem agresywnym, Terapeutyczne i nieterapeutyczne formy kontaktu z pacjentem, Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, Przymus bezpośredni-zasady zastosowania, zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi i otoczeniu.* Na czwarty kwartał 2012 r. zaplanowano szkolenie pt.: *Komunikowanie się w psychiatrii.*

## **5. Traktowanie**

Zgodnie z informacją dyrektora szpitala, wobec personelu placówki nie były prowadzone postępowania dyscyplinarne ani sądowe związane z traktowaniem pacjentów.

Pacjenci w rozmowach indywidualnych nie opisali żadnej sytuacji wskazującej na złe traktowanie ich przez personel, w tym przypadków agresji fizycznej czy werbalnej personelu wobec internowanych. Jednocześnie, nie wskazywali, aby atmosfera panująca w placówce była dobra oraz nie potrafili wymienić osób z personelu, które uważają za szczególnie życzliwe.

Kilka osób przedstawiło problem kradzieży prywatnych rzeczy, do których czasem dochodzi we wszystkich oddziałach i braku reakcji personelu na zgłoszenia poszkodowanych tym procederem. W szpitalu nie ma przymusu oddawania pieniędzy i cennych rzeczy do depozytu, co jest dobrą praktyką. Niemniej jednak, w ocenie Mechanizmu, informacje o zgłoszeniach tego typu przypadków oraz skargi pacjentów powinny być odnotowywane i wyjaśniane. Sytuacja w omawianym zakresie poprawiłaby się również, gdyby szafki przyłóżkowe były zamykane na klucz.

W tym miejscu należy również zaznaczyć, że na terenie wizytowanej placówki nie ma zatrudnionego Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, o którym mowa w art. 10a-10d u.z.o.p. Europejski Komitet Zapobiegania Torturom wielokrotnie zaznaczał, że podstawową gwarancją przeciwko złemu traktowaniu w ośrodku psychiatrycznym jest skuteczna procedura zażaleniowa. Powinny istnieć szczególne procedury pozwalające pacjentom na składanie formalnych skarg do wyraźnie wyznaczonego organu,

a także na poufne kontaktowanie się z odpowiednią władzą poza ośrodkiem (§ 53 Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98)]). Krajowy Mechanizm Prewencji uważa, że we wszystkich placówkach stacjonarnej opieki psychiatrycznej powinien być zatrudniony Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, który wspierałby i zajmowałby się sprawami osób chorych psychicznie, co w przyczyniłoby się do poprawy przestrzegania ich praw.

## **6. Dyscyplinowanie**

Z informacji uzyskanych od ordynatorów oddziałów wynika, że od 2011 r. do dnia wizytacji nie miały miejsca zdarzenia zakwalifikowane jako nadzwyczajne. W oddziałach I, II i III dochodzi do sytuacji niepożądanych w postaci konfliktów między pacjentami, które wynikają z ich stanu psychicznego, ale ich przejawy z reguły nie przybierają ostrzejszych form.

Jeżeli dochodzi do agresywnych ataków, wobec pacjenta, który się ich dopuszcza, stosuje się środki przymusu bezpośredniego (najczęściej jest to unieruchomienie w pasach bezpieczeństwa i skierowanie na obserwację, czyli umieszczenie pacjenta w części oddziału izolowanej od pozostałych pacjentów części ogólnej oddziału). Sposobem reakcji personelu na występowanie czynnej agresji pacjenta jest też wnioskowanie o wyższy poziom interwencji.

Szpital nie prowadzi w oddziałach dokumentacji dotyczącej stosowanego przymusu bezpośredniego w formie zestawień. Natomiast na podstawie kwestionariusza monitorowania ustawy o ochronie zdrowia psychicznego można zauważyć pozytywną, spadkową tendencję stosowania przymusu bezpośredniego w wizytowanej placówce. W III kwartale 2011 r. średnio w szpitalu przymus bezpośredni w formie unieruchomienia i izolacji (kwestionariusz nie traktuje tych środków odrębnie) stosowało się każdego dnia wobec 6 pacjentów, w IV kwartale – wobec 4 osób, a w pierwszej połowie 2012 r. - wobec 3 pacjentów.

Przypadki zastosowania środków przymusu bezpośredniego odnotowywane są w dokumentacji indywidualnej pacjentów. W dniu wizytacji przedstawiciele Mechanizmu zapoznali się z wybraną losowo dokumentacją pacjentów internowanych i stwierdzili, że dokumentacja dotycząca przymusu bezpośredniego prowadzona jest

w większości prawidłowo, choć zdarzają się nieprawidłowości np. brak wskazania godziny rozpoczęcia stosowania środka lub różnice w szczegółowości opisu powodu podjęcia decyzji w tym zakresie. Dokumentacja indywidualna zawierała też informacje pozwalające na stwierdzenie, że praktyka stosowania środków nie zawsze jest prawidłowa np. brak przedłużenia stosowania środka przez lekarza w wymaganych odstępach czasu. Mechanizm zaleca zwrócenie uwagi na konieczność szczegółowego i starannego odnotowywania informacji o powodach zastosowania środków przymusu bezpośredniego oraz przebiegu jego stosowania, który nadto musi być zgodny z wymogami zawartymi w rozporządzeniu 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). Do rozważenia jest też celowość wprowadzenia zestawień stosowania przymusu bezpośredniego w poszczególnych oddziałach. Nie jest to wymóg ustawowy, ale wiele oddziałów prowadzi takie zestawienia celem monitorowania stosowania przymusu bezpośredniego.

Obowiązujący we wszystkich oddziałach ogólnopsychiatrycznych jednolity *Regulamin organizacyjny oddziału ogólnopsychiatrycznego Wojewódzkiego Zespołu Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie* (dalej: Regulamin) nie wprowadza odpowiedzialności dyscyplinarnej. W zarządzeniu wewnętrznym nr 5/11 dyrektora placówki określającym prawa pacjenta (*ABC Praw Pacjenta WZLP w Olsztynie*) mowa jest jedynie o tym, że pacjent ponosi odpowiedzialność materialną za szkody powstałe z jego winy. Zgodnie z Regulaminem pacjent nowoprzyjęty trafia do części obserwacyjnej oddziału, skąd jest przenoszony do części ogólnej, jeżeli stan jego zdrowia na to pozwala. Regulamin nie wskazuje na możliwość ponownego umieszczenia w tej części oddziału.

Z relacji pacjentów wynika, że odbierają ponowne umieszczenie w odcinku obserwacyjnym i ograniczenia w kontakcie z innymi osobami (o tym problemie szerzej w pkt 9), jako formę kary oraz że niekoniecznie powrót do odcinka obserwacyjnego wiąże się z pobudzeniem wymagającym tego typu izolacji. W praktyce, kryteria pobytu niektórych pacjentów w salach obserwacyjnych są niejasne, a odcinki obserwacyjne pełnią rolę wieloosobowej izolatki



(w oddziałach I, II i III nie ma pojedynczych izolatek). Odcinki izolacyjne są wydzieloną, zamkniętą część oddziału. Pacjenci przebywają na małej powierzchni, w dużym zagęszczeniu, zdani na dwóch pracowników, którzy cały czas z nimi przebywają (sanitariusza i pielęgniarkę). Bez dostępu do jakiegokolwiek aktywności. Bez swobodnego dostępu do lekarza z własnej inicjatywy. Czas pobytu pacjentów w tej części oddziału jest różny (kilka dni, tygodni, a nawet miesiąc). Przedstawiciele KMP zaobserwowali, że przebywający w tej części oddziałów I, II i III w dniu wizytacji pacjenci byli napięci, rozdrażnieni i wyraźnie potrzebujący kontaktu z kimś z zewnątrz.

Opisaną praktykę izolacji niektórych wcześniej przyjętych do szpitala pacjentów w odcinkach obserwacyjnych oddziałów należy uznać za nieprawidłową. Zgodnie z art. 3 pkt 6 d ustawy, izolacja polega na umieszczeniu osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu. Czas i procedura oraz miejsce stosowania izolacji są ściśle określone w wymienionym wyżej rozporządzeniu Ministra Zdrowia w *sprawie sposobu stosowania* (...). Wymogi opisane w przytoczonych aktach prawnych nie są stosowane w wizytowanych oddziałach. Co więcej, wobec opisanej wyżej sytuacji pacjentów, trudno również uznać, że w odcinkach obserwacyjnych realizowany jest prawidłowo proces leczniczo – rehabilitacyjny osób skierowanych ponownie do pobytu w tej części oddziału. Długotrwałe przebywanie na małej przestrzeni, zwiększona izolacja oraz ograniczenie pozytywnych bodźców nie sprzyjają zdrowieniu i uprzedzają pacjentów do leczenia psychiatrycznego w warunkach szpitalnych.

W ocenie Mechanizmu, należy w praktyce pracy oddziałów I, II i III, stosować jasne kryteria kierowania osób do pobytu w odcinkach obserwacyjnych, zgodne z przyjętym Regulaminem.

Należy również wyodrębnić separatki do stosowania środków przymusu bezpośredniego, aby było ono zgodne z obowiązującymi przepisami prawa i poszanowaniem godności i intymności pacjenta. W tym kontekście Mechanizm zwraca uwagę na zaobserwowany podczas wizytacji fakt stosowania środka przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia pacjenta, poprzez

przymocowanie go pasami do łóżka w sali odcinka obserwacyjnego i nieoddzielenie od innych pacjentów. Jest to praktyka naruszająca godność i intymność tej osoby, niezgodna z § 7 ust. 1 i 2 rozporządzenia.

Mechanizm zaleca również zwrócenie uwagi na prawidłowe dokumentowanie stosowania środków przymusu bezpośredniego, albowiem zdarzają się nieprawidłowości np. brak informacji o przedłużeniu stosowania środka przez lekarza w wymaganych odstępach czasu.

Analizując kwestię dyscyplinowania, KMP zwraca także uwagę, że w relacjach pacjentów nie pojawiły się informacje o nagrodach np. za aktywne uczestnictwo w zajęciach rehabilitacyjnych czy dobrowolne sprzątanie w ogólnodostępnych pomieszczeniach oddziałów, w których przebywają. Przedstawiciele KMP nie zauważyli, aby w oddziałach I, II i III opracowany był jakikolwiek system oceniania i motywowania pacjentów do aktywnego uczestniczenia pacjentów w zajęciach. W związku z tym KMP zwraca się o wyjaśnienie kwestii nagradzania pacjentów.

## **7. Prawo do ochrony zdrowia**

Ogólnie leczenie psychiatryczne przedstawiciele KMP uznali za przeprowadzane według standardów i niebudzące poważniejszych zastrzeżeń, poza zbyt małym w stosunku do potrzeb oddziaływaniem pozafarmakologicznym. Oprócz leczenia psychiatrycznego pacjenci otrzymują niezbędną pomoc w zakresie stanu somatycznego.

W placówce nie stosuje się procedur o podwyższonym ryzyku (śpiączek insulinowych, atropinowych i leczenia elektrowstrząsami). W razie konieczności zastosowania elektrowstrząsów pacjenci kierowani są do Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

W przejrzanej dokumentacji medycznej pacjentów internowanych w każdym przypadku znajdował się opis wyniku badania psychiatrycznego w izbie przyjęć i badania przeprowadzonego w oddziale bezpośrednio po przyjęciu. W dokumentacji każdego pacjenta zawarto całościową ocenę stanu zdrowia, w tym zadbano o udokumentowanie informacji o somatycznych problemach zdrowotnych. Indywidualny plan opieki lekarskiej stanowił integralną część indywidualnej

dokumentacji dotyczącej zdrowia przebywających w placówce osób, choć w przeglądanych historiach chorób brakowało niejednokrotnie indywidualnego planu terapii (specjalne wkładki do historii choroby, wypełniane były ogólnikowo). Kolejne wpisy lekarskie do historii choroby były dokonywane na dużym poziomie ogólności (np. *badania laboratoryjne, leczenie farmakologiczne*). W części dokumentów przedstawiciele Mechanizmu stwierdzili brak na bieżąco wpisywanych zlecanych leków, co powoduje, że trudno prześledzić zlecaną farmakoterapię i zmiany.

Na życzenie pacjenci mają dostęp do informacji dotyczącej swego stanu zdrowia oraz dokumentacji lekarskiej. Przedstawiciele Mechanizmu nie odebrali w rozmowach indywidualnych z pacjentami skarg na złą opiekę zdrowotną.

## **8. Prawo do informacji**

Zgodnie z treścią Regulaminu pacjent przyjmowany do placówki jest zapoznawany przez pielęgniarkę w Izbie Przyjęć z prawami pacjenta. Jeżeli stan świadomości uniemożliwia mu zrozumienie informacji, to zapoznaje się go z nimi w późniejszym czasie, już w oddziale, gdzie poznaje także szczegółowo jego regulamin organizacyjny. KMP powiadomiono również, że informacji o obowiązujących w placówce zasadach wraz z planami postępowania leczniczego udzielają także lekarze prowadzący.

W miejscach ogólnodostępnych dla pacjentów są zamieszczone teksty Regulaminu (z porządkiem dnia), informacje o godzinach odwiedzin oraz o opiece duszpasterskiej. W szpitalu opracowano kartę praw pacjenta (*ABC Praw Pacjenta WZLP w Olsztynie*), w której zawarte są wszystkie najważniejsze informacje, zaprezentowane w formie przystępnej i zrozumiałej dla pacjentów oraz kontakt telefoniczny do Rzecznika Praw Pacjenta. Dokument ten również wywieszono w oddziałach w widocznych dla pacjentów miejscach.

Mechanizm rekomenduje zamieszczenie w miejscach ogólnodostępnych również innych istotnych informacji (np. o zebraniach społeczności) oraz adresów pozostałych instytucji, do których mogą zwrócić się w sytuacji naruszenia tych praw, np. do: Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem na ogólnopolską

bezpłatną infolinię – 800 676 676), sędziego penitencjarnego, sędziego rodzinnego i Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.

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

Zgodnie z przedstawioną KMP informacją, pacjenci internowani mają zapewniony kontakt ze światem zewnętrznym poprzez prowadzenie korespondencji, rozmów telefonicznych oraz odwiedzin. Wymienione wyżej formy utrzymywania kontaktu z bliskimi osobami w wizytowanej placówce nie podlegały żadnym ograniczeniom z wyjątkiem okresu obserwacyjnego.

Pacjenci chcący porozmawiać z kimś telefonicznie mogą korzystać z dostępnych we wszystkich oddziałach aparatów samoinkasujących. Pacjenci poza osobami umieszczonymi w odcinkach obserwacyjnych mogą również w sposób nieograniczony korzystać z własnych telefonów komórkowych oraz laptopów z dostępem do mobilnego internetu. Korespondencja nie podlega cenzurze. Każdego dnia istnieje możliwość odwiedzin pacjentów przez osoby spoza szpitala. Spotkania odbywają się w salach dziennego pobytu.

Wątpliwości KMP budzi jednak brak pisemnych informacji (w formie aktów normatywnych) o możliwości ograniczenia praw pacjentów do kontaktu ze światem zewnętrznym, w tym najbliższą rodziną, w okresie pobytu w salach odcinków obserwacyjnych oddziałów oraz stosowanie tego ograniczenia jako formy kary np. za przemykanie alkoholu do oddziału. Zgodnie z dyspozycją art. 12 ustawy *przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego bierze się pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi i dąży do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla tej osoby uciążliwy. Zaznaczyć należy, że życie rodzinne jest jednym z dóbr osobistych o fundamentalnym znaczeniu dla pacjenta. Natomiast zgodnie z art. 13 ustawy osoba z zaburzeniami psychicznymi przebywająca w szpitalu psychiatrycznym ma prawo do porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami. Należy oczywiście zrozumieć, że ze względów zdrowotnych w wyjątkowych sytuacjach konieczne jest czasowe ograniczenie kontaktów pacjentów szpitala z osobami spoza placówki. W żadnym*

razie jednak ograniczenie to nie może być stosowane jako kara oraz ustalane w sposób dowolny i nieformalny.

Podobną, „niepisaną” zasadą, co do której Mechanizm ma zastrzeżenia jest brak pozwolenia wyjścia poza oddziały I, II i III pacjentów internowanych. W ten sposób osoby internowane są odcięte od możliwości korzystania z różnych form terapii prowadzonych w klubie pacjenta znajdującym się na terenie szpitala, ale poza wymienionymi oddziałami. Nie mogą również uczestniczyć w mszy św. odbywającej się w szpitalnej kaplicy czy dokonywać zakupów w szpitalnym kiosku. Nie wychodzą też w ogóle na dwór, w efekcie czego internowani nawet przez kilka lat nie zażywają ruchu na świeżym powietrzu. Trudno znaleźć uzasadnienie prawne i zdrowotne dla tej praktyki, wobec czego Mechanizm zaleca odstąpienie od niej.

Odrębnym zagadnieniem jest kwestia nieudzielania przepustek osobom internowanym. Regulamin w pkt 21 daje taką możliwość każdemu pacjentowi w uzasadnionych przypadkach, przy czym należy podkreślić, że ten akt normatywny nie zawiera informacji o wyłączeniu osób internowanych z kręgu pacjentów, którym można takich przepustek udzielać.

Europejski Komitet 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* [CPT/Inf (98) 12].

Zgodnie z § 10 ust. 4 rozporządzenia 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. z 2004 r., Nr 179, poz. 1854), istnieje nakaz stosowania w zakładach dysponujących warunkami podstawowego zabezpieczenia przepisów regulaminu, który może przewidywać udzielenie przez kierownika tego zakładu na określonych w tym regulaminie warunkach przepustek osobom internowanym. Przepis ten był dla Sądu Najwyższego podstawą odmówienia podjęcia uchwały dotyczącej między innymi możliwości udzielania przepustek

dla sprawców umieszczonych w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym, ze względu na istniejącą w tym zakresie, oczywistą postawę prawną do udzielania przepustek internowanym umieszczonym w zakładzie psychiatrycznym, przeznaczonym do wykonywania środków zabezpieczających i dysponujących warunkami podstawowego zabezpieczenia (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 28 września 2006 r. sygn. I KZP 23/06 w: OSNKW 2006, nr 11, poz. 100; Prok. i Pr. 2007, dodatek „Orzecznictwo”, nr 1, poz. 23; Biul. SN 2006, nr 11, poz. 23).

Mając na uwadze wskazaną argumentację, Mechanizm stoi na stanowisku, że dyrektor szpitala powinien udzielać przepustek osobom internowanym. Jego decyzje w tym zakresie, jak również wskazał Sąd Najwyższy w wymienionym postanowieniu, mogą być zaskarżone przez zainteresowanego do sądu penitencjarnego w trybie określonym w art. 7 K.k.w. Niemniej jednak mając na względzie problemy interpretacyjne obowiązujących przepisów prawa w zakresie możliwości udzielania przepustek internowanym, dotyczące treści art. 37 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, sprawa ta będzie przedmiotem odrębnego działania Rzecznika Praw Obywatelskich.

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

We wszystkich wizytowanych oddziałach funkcjonują harmonogramy zajęć terapeutycznych, a terapeuci dyżurują od godz. 7.30 do godz. 15.00. W ramach zajęć terapeutycznych przewidziano m.in. gimnastykę, zajęcia manualne, muzykoterapię, biblioterapię, treningi umiejętności społecznych (np. kulinarny i budżetowy). Teoretycznie, z terapii odbywającej się w oddziałach mogą korzystać wszyscy pacjenci, w tym niektóre osoby umieszczone w odcinkach obserwacyjnych. Jednak zgodnie z przedstawionym, tygodniowym rozkładem zajęć, odbywają się one w znacznej mierze w klubie pacjenta, do którego pacjenci internowani, jak już wspomniano w niniejszym raporcie, nie są prowadzeni. Zaproponowane zajęcia terapeutyczne na terenie oddziałów I, II i III, w ocenie KMP są niewystarczające zwłaszcza, że wizytujący zaobserwowali wielu pacjentów biernych, wycofanych i mało aktywnych. W tym kontekście, uwagę Mechanizmu zwracają również niepokojące informacje personelu

placówki, że planowana jest dalsza likwidacja sal terapeutycznych (obecnie nie ma jej w oddziale II) w celu utworzenia w ich miejsce pokoi łóżkowych. Kwestia ta wymaga wyjaśnienia.

Oferta zajęć kulturalno-oświatowych jest uboga. Internowani pacjenci cały czas spędzają w budynku szpitala, w oddziałach. Poza zajęciami w ramach terapii, główną rozrywką jest dla nich oglądanie telewizji. Z odebranych przez KMP sygnałów od internowanych wynika, że chętnie poćwiczyliby fizycznie w sali gimnastycznej i pospacerowaliby na świeżym powietrzu.

Nie we wszystkich wizytowanych oddziałach odbywają się spotkania społeczności (nie ma ich w oddziale II). Z rozmów z pacjentami wynika, że nie wszyscy wiedzą o zebraniach tego typu również w oddziałach, w których personel powiadomił KMP, że spotkania mają miejsce raz w tygodniu (I i III). Spotkania społeczności są ważne z terapeutycznego punktu widzenia, szczególnie jeśli pacjenci wykazują aktywność w ich moderowaniu.

Wobec powyższego Mechanizm rekomenduje zintensyfikowanie oddziaływań terapeutycznych, w tym poszerzenie oferty zajęć rehabilitacyjnych dla internowanych, a także rozważenie organizacji spotkań społeczności w oddziale II i upublicznienie informacji o spotkaniach na tablicach informacyjnych oraz uwzględnienia potrzeb internowanych związanych z ćwiczeniami i spacerami na świeżym powietrzu.

## **11. Warunki bytowe**

Wizytowane oddziały znajdują się na 3 odrębnych piętrach w budynku szpitala. Drzwi wejściowe do oddziałów są zamknięte i zabezpieczone. Zgodnie z przekazaną Mechanizmowi informacją, każdy oddział według kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia przeznaczony jest dla 60 pacjentów, choć konieczność przyjęcia nie zawsze planowanych pacjentów powoduje, że w oddziałach faktycznie może przebywać zdecydowanie więcej osób. Pacjenci są rozmieszczani w salach po 8-11 łóżek każda (wyjątkiem są 3 sale po 2-4 łóżka), których w każdym oddziale jest od 8 do 9. Pokoje łóżkowe są podzielone na sale ogólne i obserwacyjne (np. 5 sal ogólnych i 4 sale w odcinku obserwacyjnym).

W każdym oddziale znajduje się punkt pielęgniarski, gabinet zabiegowy, sala dziennego pobytu, pokoje lekarskie (3-4 w oddziale), kuchenki oddziałowe m.in. z lodówkami dla pacjentów oraz przystosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością, ogólnodostępne łazienki dla pacjentów (oddzielne dla kobiet i mężczyzn). W oddziałach I i III są ponadto sale terapii zajęciowej, a w oddziale pełni tę rolę sala dziennego pobytu. Sale dziennego pobytu wykorzystuje się również jako stołówki dla pacjentów.

Sanitariaty dla pacjentów wyposażone są w miski ustępowe, umywalki, natryski i wanny. W łazienkach nie ma dozowników z mydłem i pojemników z ręcznikami jednorazowego użycia oraz pojemników z papierem toaletowym (jest on wydawany pacjentom w rolkach w pokojach łóżkowych). Zgodnie z uzyskanymi podczas wizytacji informacjami w oddziałach I, II i III nie ma ograniczeń co do dostępu pacjentów do sanitariatów, co oznacza, że są one otwarte całą dobę. Liczba urządzeń w sanitariatach jest zbyt mała w stosunku do liczby pacjentów np. w oddziale II o pojemności 60 łóżek są 2 pryszniczynie dla kobiet. Na problem ten zwracali również uwagę pacjenci szpitala.

Salie ogólne pacjentów wyposażone są w łóżka z szafkami przyłóżkowymi, wspólne szafy ubraniowe dla przebywających w danej sali, niewielki stolik z kilkoma krzesłami oraz umywalkę z dostępem do ciepłej i zimnej wody (bez dozownika mydła i pojemnika z ręcznikami jednorazowego użycia). Pokoje łóżkowe mają dość surowy wystrój, a łóżka pacjentów nie są podzielone zasłonami, które pozwoliłyby na choć trochę intymności leżącym w nich osobom m.in. podczas badań lekarskich i czynności pielęgnacyjnych. O intymność trudno również ze względu na nadmierną liczbę pacjentów w salach i zagęszczenie łóżek. Średnio na jednego pacjenta w pokoju łóżkowym przypada nieco ponad 3 m<sup>2</sup> przestrzeni, choć należy zaznaczyć, że sale zagęszcza się w razie potrzeby poprzez dostawienie dodatkowych łóżek (tzw. dostawek). W niektórych pokojach łóżkowych, aby zmieścić jak najwięcej łóżek, zestawia się je ze sobą tak, że pacjenci leżą niczym w jednym wspólnym łóżku lub ustawia się niektóre łóżka w przejściu lub w świetle drzwi wejściowych czy też tuż przy wspólnej dla wszystkich umywalce. Jest to niebezpieczne z perspektywy konieczności



szybkiej ewakuacji pacjentów czy konieczności szybkiego dotarcia do leżącego pacjenta (brak zachowania reguły dostępności do łóżka z 3 stron, w tym z 2 dłuższych). Nie wpływa też dobrze na stan psychiczny pacjentów, którzy nie tylko nie mogą się swobodnie poruszać wokół swoich łóżek, ale borykając się już wcześniej z chorobą, dodatkowo znajdują się w niekomfortowej sytuacji nadmiernej fizycznej bliskości z obcymi osobami w różnym stanie. Nadto długotrwałe przebywanie na małej przestrzeni, częściowa izolacja i związane z nią ograniczenie pozytywnych bodźców nie sprzyjają również zdrowieniu i uprzedzają pacjentów do leczenia psychiatrycznego w warunkach szpitalnych. Zaznaczyć należy, że w przypadku nieplanowanych przyjęć (opisana sytuacja występuje przy normalnym obłożeniu oddziałów), zdarza się, że niektórzy pacjenci leżą w łóżkach wystawionych na korytarzu, co bywa kojarzone przez pacjentów jako nierówne ich traktowanie.

Zdecydowanie gorsze warunki panują w salach dla pacjentów w odcinkach obserwacyjnych. W skład odcinków wchodzi: 3-4 pokoje łóżkowe bez drzwi i mebli poza łóżkami, łazienki oraz niewielka przestrzeń między łazienkami i pokojami, spełniająca jednocześnie rolę sali dziennego pobytu, jadalni oraz pomieszczenia dla personelu dyżurującego w tej części oddziału (2 osoby: sanitariusz i pielęgniarka). Pomieszczenia w odcinkach obserwacyjnych wymagają renowacji, zwłaszcza ściany i niektóre parapety z widocznymi ubytkami materiału i niepomalowanymi śladami po szpachlowaniu. Mechanizm w tym miejscu zwraca uwagę na podobne spostrzeżenia Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Olsztynie, zawarte w protokole kontroli z dnia 20 września 2012 r. (Nr E40202244.2012). Poza opisanym już, nadmiernym zagęszczeniem pokoi łóżkowych, przestrzeń dla pacjentów w tej części szpitala jest bardzo ograniczona.

Pacjenci nie mają szafek przyłóżkowych (rzeczy prywatne trzymane są we wspólnej, zamykanej przez personel szafie, ustawionej w korytarzu wiodącym do pokoi łóżkowych). W efekcie pacjenci nie mają bezpośredniego dostępu do przedmiotów, które mogłyby im umilić czas pobytu w oddziale, a naczynia z napojami stawiają na podłodze obok łóżek. Względy bezpieczeństwa tylko

częściowo są w tym przypadku usprawiedliwieniem, gdyż wizytujący zauważyli, że niektóre stojące w odcinkach obserwacyjnych łóżka są zdekompletowane, a wystające części stanowią potencjalnie zagrażające, przy czym sytuacja ta nie była powodem do niepokoju personelu.

Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom zauważa, iż należy przykładać szczególną uwagę do dekoracji pomieszczeń pacjentów oraz miejsc przeznaczonych do odpoczynku, w celu dostarczenia pacjentom stymulacji wzrokowej. Wysoce pożądane jest wyposażenie pomieszczeń w stoliki i szafki stojące obok łóżek; ponadto pacjentom powinno się pozwolić na przechowywanie określonych rzeczy osobistych takich jak fotografie, książki, itp. (§ 34 Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98) 12]).

Wobec powyższego Mechanizm zaleca stosowanie w praktyce wymagań dotyczących pokoi łóżkowych, określonych w § 18-20 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w *sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz.U. z 2012 r., poz. 739) oraz w załączniku nr 1 do rozporządzenia, w którym m.in. wskazano, że pokoje łóżkowe są wyposażone w drzwi. Zaleca również rozważenie wyposażenia pokoi i łazienek z umywalkami w dozowniki mydła i ręczników jednorazowego użytku oraz zamontowanie w pobliżu misek ustępowych pojemników z papierem toaletowym. Mechanizm rekomenduje stworzenie pacjentom odpowiednich warunków do trzymania w pobliżu łóżek osobistych przedmiotów, książek i napoi oraz odnowienie ścian i wymianę wyeksploatowanych mebli w odcinkach obserwacyjnych. Konieczne wydaje się również zwiększenie liczby urządzeń sanitarnych.

Pacjenci mogą chodzić w swoich ubraniach. Pościel zmienia się co 2 tygodnie i w sytuacjach, które tego wymagają.

Z jadłospisów przedstawionych wizytującym wynika, że posiłki wydawane są 5 razy dziennie (śniadanie, drugie śniadanie, obiad, podwieczorek i kolacja). W jadłospisach uwzględniono zalecenia dietetyczne oraz takie produkty jak owoce sezonowe i nabiał. Dla pacjentów cały czas dostępne są herbata, chleb

i masło. W salach dziennego pobytu oraz w salach terapeutycznych znajdują się czajniki, w których pod nadzorem personelu pacjenci mogą zagrzać sobie wodę. Ponadto w kuchenkach oddziałowych pacjenci mogą przechowywać prywatne jedzenie przynieszone przez odwiedzających lub kupowane za pośrednictwem pracownika socjalnego w pobliskim sklepie.

W kwestii wyżywienia przedstawiciele Mechanizmu odebrali pojedyncze uwagi dotyczące niskich walorów smakowych oferowanych posiłków.

W oddziałach nie ma zainstalowanych kamer przemysłowych (monitoirngu).

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

Opiekę duszpasterską nad pacjentami sprawują głównie duchowni: rzymskokatolicki i grekokatolicki. Msze odprawiane są co niedzielę w szpitalnej kaplicy. Mogą w niej uczestniczyć tylko pacjenci, którzy mają zgodę na opuszczanie oddziału. Natomiast dla pacjentów internowanych msza nie jest odprawiana, choć z rozmów z nimi wynika, że ksiądz przychodzi do oddziałów. Mimo braku większych uwag w tym zakresie pochodzących od pacjentów, w ocenie Mechanizmu, prawo pacjentów do praktyk religijnych nie jest w pełni respektowane.

## **13. Wnioski**

Na podstawie art. 19 Protokołu Fakultatywnego do Konwencji *w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, Krajowy Mechanizm Prewencji zaleca:

### **1. Dyrektorowi Wojewódzkiego Zespołu Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie:**

**1.1.** stosowanie w praktyce pracy oddziałów I, II i III jasnych kryteriów kierowania pacjentów do pobytu w odcinkach obserwacyjnych i zaprzestanie stosowania tej możliwości jako kary np. za wniesienie alkoholu na teren szpitala;

- 1.2. ustalenie czytelnych kryteriów czasowych ograniczeń kontaktów pacjentów z osobami spoza placówki, motywowanych wyłącznie względami zdrowotnymi i ewentualnymi decyzjami sądowymi;
- 1.3. wyodrębnienie separarek (jednoosobowych pomieszczeń) do stosowania środków przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia lub izolacji;
- 1.4. szczegółowe odnotowywanie informacji o powodach zastosowania środków przymusu bezpośredniego i przebiegu jego stosowania oraz rozważenie wprowadzenia zestawień stosowania przymusu bezpośredniego w poszczególnych oddziałach;
- 1.5. uwzględnienie w przyjętej procedurze postępowania w przypadku zdarzenia niepożądanego takich występów jak m.in. kradzieże;
- 1.6. odnotowywanie i wyjaśnianie wszystkich ustnych skarg pacjentów;
- 1.7. wzbogacenie oddziaływań pozafarmakologicznych m.in. o formy grupowe, takie jak zebrania społeczności we wszystkich oddziałach;
- 1.8. umożliwienie wszystkim pacjentom udziału w zajęciach w klubie pacjenta, w spotkaniach o religijnym charakterze i nabożeństwach organizowanych na terenie szpitala, poza oddziałami oraz rozważenie organizacji zajęć/spacerów dla internowanych pacjentów na świeżym powietrzu;
- 1.9. zwrócenie uwagi na konieczność starannego i rzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej;
- 1.10. poprawienie dopływu informacji do pacjentów i od pacjentów np. poprzez wywieszanie ważnych informacji na tablicy ogłoszeń (m.in. o cotygodniowych zebraniach społeczności z możliwością zgłoszenia bieżących problemów i o innych, poza Rzecznikiem Praw Pacjenta, instytucjach, do których mogą zwrócić się w sytuacji naruszenia tych praw, np. do: Rzecznika Praw Obywatelskich, sędziego penitencjarnego, sędziego rodzinnego i Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka);
- 1.11. zrewidowanie uznania w zakresie pojemności oddziałów I, II i III w związku z faktycznymi warunkami bytowymi;
- 1.12. dostosowanie liczby urządzeń w sanitariatach do liczby pacjentów;

- 1.13. stworzenie wszystkim pacjentom odpowiednich warunków do przechowywania ich osobistych, podręcznych rzeczy;
- 1.14. dostosowanie dostępu do łóżek pacjentów z 3 stron oraz takie ustawienie łóżek, aby nie tamować przejścia i aby dostęp do pacjentów był swobodny;
- 1.15. wyposażenie wszystkich sal łóżkowych w drzwi;
- 1.16. odnowienie ścian i wymianę wyeksploatowanych mebli oraz wykonanie pozostałych modernizacji, których celem byłoby poprawienie warunków bytowych pacjentów, a na które m.in. zwracał uwagę Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Olsztynie;
- 1.17. rozważenie wyposażenia pokoi i łazienek z umywalkami w dozowniki mydła i ręczników jednorazowego użytku oraz zamontowanie w pobliżu misek ustępowych pojemników z papierem toaletowym.

## **2. Rzecznikowi Praw Pacjenta**

- 2.1. Podjęcie działań na rzecz zapewnienia w Wojewódzkim Zespole Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.