

Teresa Gardocka\*

## Efektywność sądowej kontroli przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi, przebywających w domach pomocy społecznej i zakładach leczenia psychiatrycznego

### 1. CEL I UZASADNIENIE PODJĘCIA TEMATU BADAWCZEGO

Upřednio prowadzone w Instytucie Wymiaru Sprawiedliwości badanie<sup>1</sup> dotyczące procedury umieszczania osób w domach opieki społecznej bez ich zgody wskazało m.in. na istotny problem stosowania w tych domach środków przymusu bezpośredniego – jak się wydawało – bez zachowania należytego (oczekiwanego) umiaru. Badanie to zostało przeprowadzone w 2010 r. i objęło sprawy sądowe dotyczące kierowania do domów pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi w trybie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego<sup>2</sup> w aspekcie respektowania praw tych osób w toku procedury kierowania ich do domów opieki społecznej bez ich zgody. Badaniem tym objęto również w pewnym zakresie procedury kontroli sądowej nad domami opieki społecznej przeznaczonymi dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym nad stosowaniem w tych domach środków przymusu bezpośredniego. Badanie wskazywało na wyraźne nadużywanie tych środków w niektórych domach pomocy społecznej i nieefektywną kontrolę przestrzegania w tych domach praw osób przymusowo w nich umieszczonych.

Stosowanie środków przymusu bezpośredniego wobec osób chorych psychicznie (obok stosowania metod leczniczych, na które wymagana jest specjalna zgoda pacjenta, jak np. elektrowstrząsów) należy do najdrastyczniejszych działań dopuszczalnych wobec tych osób. Wskazane wyżej badanie można potraktować jako pilotażowe dla tej problematyki. Wskazało ono na konieczność badania pogłębionego i przede wszystkim poszerzonego o szpitale psychiatryczne. Zbadanie mechanizmu kontroli i jej skuteczności dotyczy ustalenia poziomu gwarancji ochrony praw tych osób udzielanych przez instytucje zewnętrzne (przede wszystkim sądy).

\* Dr hab. Teresa Gardocka jest profesorem współpracującym z Instytutem Wymiaru Sprawiedliwości.

<sup>1</sup> T. Gardocka, Problematyka umieszczania osób chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo w domach pomocy społecznej (w kontekście gwarancji procesowych), „Prawo w Działaniu” 2011/9, s. 5.

<sup>2</sup> Ustawa z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 ze zm.), dalej jako u.o.z.p.

Prawidłowość i efektywność działania mechanizmu kontroli ma zasadnicze znaczenie dla sytuacji osób zamkniętych w szpitalach psychiatrycznych lub specjalistycznych domach pomocy społecznej. Osoby te nie potrafią się skarżyć lub też ich skargi nie docierają do właściwych adresatów albo nie są traktowane dostatecznie poważnie. O tym, że osoby leczone z powodu chorób psychicznych lub umieszczone w domach pomocy społecznej z powodu dysfunkcji psychicznych, które uniemożliwiają im samodzielne funkcjonowanie, doznają opresji ze strony personelu opiekuńczego i medycznego, informowała także prasa. Nie prowadzono natomiast systematycznych badań stanu rzeczy w tym względzie.

Dopiero w czerwcu 2012 r., więc już w końcowej fazie pracy nad tym opracowaniem, opublikowane zostały wyniki kontroli Najwyższej Izby Kontroli, przeprowadzonej w szpitalach psychiatrycznych i nastawionej przede wszystkim na zbadanie przestrzegania praw pacjentów w podstawowym, bo dotyczącym ich wolności, zakresie. Rezultaty tej kontroli prasa przedstawiała jako dramatyczne. Niewiedza lub nikła wiedza o tym, co dzieje się w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, powoduje z jednej strony mnożenie mitów o strasznym traktowaniu zamkniętych tam ludzi, z drugiej – stan nieuzasadnionego spokoju społecznego, pozwalający spychać te problemy w najgłębszy cień, jako dotyczące osób, które nie mają wielkich możliwości skarżenia się. Nawet zresztą gdy to czynią, zawsze są wątpliwości, czy skargi te mają jakiegokolwiek uzasadnienie. Pochodzą przecież od „psychicznych”. Ujawnienie prawdziwego stanu rzeczy jest niezwykle trudne.

W szpitalach psychiatrycznych wiele rzeczy da się bez trudu ukryć przed światem zewnętrznym, a przeprowadzenie głębokiej kontroli wymaga nie tylko dużej wiedzy o możliwych problemach, ale i odpowiedniego zaangażowania kontrolujących. Dlatego przedmiotem badania stały się sprawozdania złożone przez sędziów z wymaganych ustawą o ochronie zdrowia psychicznego kontroli. Sędziowie dokonujący kontroli powinni nastawiać się na te aspekty, które dotyczą przestrzegania praw osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej, mniej uwagi poświęcając innym sprawom, łatwiejszym do skontrolowania, jak np. sprawy bytowe pacjentów, co jest zresztą sprawdzane przez inne instytucje. Takie wydaje się założenie nałożone na sędziów obowiązku kontroli. Na sędziach zatem spoczywa obowiązek najtrudniejszy – sprawdzenia, czy zamknięci w szpitalach psychiatrycznych ludzie traktowani są po ludzku, a więc po pierwsze, czy personel tych zakładów leczniczych wprost nie narusza prawa wynikającego z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w zakresie stosowania środków przymusu, i po drugie, czy prawa do stosowania środków ograniczających wolność pacjentów faktycznie nie nadużywa.

Badanie miało za zadanie pokazać, jak wykonywany jest wymagany ustawą obowiązek kontroli sędziowskiej, jak staranne są owe kontrole, na czym sędziowie skupiają swą uwagę i z jakim zaangażowaniem usiłują ustalić prawdziwy stan rzeczy w zakresie przestrzegania praw człowieka w zakładach leczenia i opieki psychiatrycznej. Oczywiście wyniki badań pokazują również sytuację osób przebywających w zakładach leczenia i opieki psychiatrycznej jako obraz wynikający z sędziowskich sprawozdań i jako obraz wynikający z tego, czego w owych sprawozdaniach zabrakło lub co zostało przedstawione wyłącznie z formalnego punktu widzenia.

## 2. STAN PRAWNY W BADANYM OKRESIE

Badaniu poddałam sprawozdania z kontroli w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej złożone w sądach okręgowych w roku 2011 oraz do końca kwietnia 2012 r.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego w art. 43 reguluje kwestię kontroli nad przestrzeganiem praw osób z zaburzeniami psychicznymi w następujący sposób:

- „1. Do szpitala psychiatrycznego i domu pomocy społecznej przeznaczonego dla osób chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo ma prawo wstępu o każdej porze sędzia w celu kontroli legalności przyjęcia i przebywania w takim szpitalu lub domu pomocy społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, przestrzegania ich praw oraz kontroli warunków, w jakich one tam przebywają.
2. Minister Sprawiedliwości w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia i ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób i tryb sprawowania kontroli, o której mowa w ust. 1, oraz sposób jej dokumentowania, uwzględniając potrzebę ochrony praw i godności osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej, a także biorąc pod uwagę różne rodzaje i typy tych placówek”.

Na podstawie delegacji zawartej w art. 43 ust. 2 u.o.z.p. minister sprawiedliwości (bez porozumienia ze wskazanymi w tym artykule innymi ministrami) wydał rozporządzenie w sprawie kontroli przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej<sup>3</sup>. Rozporządzenie to dotyczy sądowej kontroli nad sytuacją osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej w zakresie ich przyjmowania do tego rodzaju zakładów oraz warunków, w jakich przebywają. Kontrolę wykonuje sędzia, obeznany z problematyką ochrony zdrowia psychicznego, wyznaczony przez prezesa sądu wojewódzkiego (obecnie okręgowego), w którego okręgu znajduje się zakład. Kontrola ma być wykonywana co najmniej raz w roku (§ 4 pkt 1 r.k.p.p.o.) lub doraźnie i ma obejmować całość spraw podlegających kontroli. Może też mieć miejsce kontrola doraźna oraz taka, która obejmuje tylko niektóre zagadnienia i jest przeprowadzana w miarę potrzeby.

**Kontrola sądowa zgodnie z § 2 r.k.p.p.o. ma obejmować w szczególności:**

- 1) prawidłowość dokumentacji medycznej stanowiącej podstawę przyjmowania i przebywania w zakładzie osób z zaburzeniami psychicznymi,
- 2) prawidłowość dokumentacji medycznej dotyczącej zastosowania przynajmniej bezpośredniego oraz stosowania świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta,
- 3) zasadność dalszego pobytu w szpitalu psychiatrycznym w przypadkach hospitalizacji powyżej sześciu miesięcy,

<sup>3</sup> Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 22.02.1995 r. w sprawie kontroli przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej (Dz. U. Nr 23, poz. 128), dalej jako r.k.p.p.o.

- 4) przestrzegania praw osób przebywających w zakładzie, określonych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego oraz w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej, a także w przepisach o pomocy społecznej,
- 5) warunki bytowe w zakładzie,
- 6) działalność zakładu w zakresie współpracy sądu z kuratorami sprawującymi nadzór nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, przebywającymi w zakładzie,
- 7) współdziałanie zakładu z rodzinami i opiekunami osób z zaburzeniami psychicznymi,
- 8) prawidłowość i terminowość załatwiania skarg i wniosków osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w zakładzie.

Sędzia po zakończeniu kontroli może wydać zalecenia pokontrolne, a ich wykonanie można sprawdzić w ramach kontroli doraźnej lub w trakcie następnej zwykłej kontroli. Z przebiegu kontroli sędzia sporządza sprawozdanie i składa je w sądzie okręgowym, gdzie jest przechowywane (§ 6 r.k.p.p.o.). Prezes sądu okręgowego przesyła to sprawozdanie sądowi opiekuńczemu, kierownikowi kontrolowanego zakładu oraz organowi sprawującemu nadzór nad zakładem, a w razie stwierdzenia istotnych uchybień w działalności kontrolowanego zakładu także odpowiednio ministrowi zdrowia (szpital psychiatryczny) lub ministrowi pracy i polityki socjalnej (dom opieki).

**Przymus bezpośredni** mógł być stosowany zgodnie z art. 18 ust. 1 u.o.z.p. wobec osób z zaburzeniami psychicznymi przy wykonywaniu czynności przewidzianych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego tylko wtedy, gdy przepis tej ustawy do tego upoważniał albo gdy osoby te:

- 1) dopuszczają się zamachu przeciwko:
  - a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub
  - b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub
- 2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub
- 3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

Jest to wyczerpujące wyliczenie przyczyn zastosowania przymusu bezpośredniego. Zatem nie można stosować przymusu z powołaniem się na inne okoliczności niż wymienione. Szczegółowo opisane w zleceniu przyczyny zastosowania przymusu muszą mieścić się w ogólnych przyczynach opisanych w ustawie. W jaki sposób można zastosować przymus bezpośredni, reguluje art. 3 ust. 6 u.o.z.p., który to przepis wymienia następujące formy przymusu:

- a) przytrzymanie – doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej,
- b) przymusowe zastosowanie leków – doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby – bez jej zgody,
- c) unieruchomienie – obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych,

- d) izolację – umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu.

Jest to również wyliczenie wyczerpujące. Nie wolno zatem stosować przymusu bezpośredniego w żadnej innej formie niż wymieniona w ustawie. Pewną swobodę w zakresie stosowanych form daje ogólny opis unieruchomienia, gdzie pozwala się na stosowanie innych środków technicznych niż wymienione. Wiele zakładów leczniczych korzysta z pasów magnetycznych, zamiast tradycyjnych parcianych lub skórzanych pasów unieruchamiających. Ustawa nie zawiera również szczegółowego opisu pomieszczenia do izolacji, mogą one więc wyglądać rozmaicie, zależnie od możliwości i specyfiki zakładu.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego określa szczegółowo procedurę związaną ze stosowaniem środków przymusu bezpośredniego w art. 18 stanowiąc, że:

- „2. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. W szpitalach psychiatrycznych, jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej oraz w trakcie wykonywania czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3, jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, która jest obowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
3. W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, która nie zatrudnia lekarza, informację, o której mowa w ust. 2, pielęgniarka przekazuje kierownikowi jednostki, który niezwłocznie informuje o tym upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii.
4. W szpitalu psychiatrycznym lekarz, o którym mowa w ust. 2, niezwłocznie zatwierdza zastosowanie przymusu bezpośredniego zleconego przez pielęgniarkę lub nakazuje zaprzestanie jego stosowania.
5. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji osoby, o której mowa w ust. 2, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w trakcie wykonywania czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3, lub wobec osoby, o której mowa w ust. 1, której pomocy udziela zespół ratownictwa medycznego, decyduje i nadzoruje osobiście kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, który jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić o tym dyspozytora medycznego. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
6. Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osoby, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 2 polega na przytrzymaniu, przymusowym podaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji, a wobec osoby, o której mowa w ust. 1 pkt 3 – na przytrzymaniu lub przymusowym podaniu leku.
7. W sytuacji, o której mowa w ust. 5, zastosowanie przymusu bezpośredniego polega na przytrzymaniu lub unieruchomieniu. Przymus bezpośredni

stosuje się nie dłużej niż przez czas niezbędny do uzyskania pomocy lekarskiej, a w przypadku gdy jej uzyskanie jest utrudnione, na czas niezbędny do przewiezienia osoby do podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego. Przewiezienie osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego następuje w obecności zespołu ratownictwa medycznego.

8. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty. Przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby.
9. W przypadkach określonych w ust. 1 jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, Policja oraz Państwowa Straż Pożarna są obowiązane do udzielania lekarzowi, pielęgniarce lub kierującemu akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych pomocy na ich żądanie.
10. Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego:
  - 1) przez lekarza podmiotu leczniczego, w tym lekarza, który zatwierdził stosowanie środka przymusu bezpośredniego zleconego przez inną osobę – ocenia, w terminie 3 dni, kierownik tego podmiotu, jeżeli jest lekarzem, lub lekarz przez niego upoważniony;
  - 2) przez innego lekarza, pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych – ocenia, w terminie 3 dni, upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii.
11. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości oraz ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego określi, w drodze rozporządzenia, sposób:
  - 1) stosowania przymusu bezpośredniego,
  - 2) dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego,
  - 3) dokonywania oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego – uwzględniając potrzebę ochrony praw i godności osoby, wobec której jest stosowany przymus bezpośredni”.

Na podstawie delegacji zawartej w przytoczonym powyżej art. 18 ust. 11 u.o.z.p. minister zdrowia i opieki społecznej (bez porozumienia z innymi ministrami) wydał rozporządzenie w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego<sup>4</sup>. Rozporządzenie to reguluje szczegółowo czas stosowania przymusu polegającego na unieruchomieniu lub izolacji. Zasadniczo może on trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania (§ 9 ust. 1 r.s.p.b.). Istnieje jednak również dokładne ograniczenie godzinowe. Przymus w tych postaciach może być zastosowany (przez lekarza lub wyjątkowo przez pielęgniarkę, jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza) na czas nie dłuższy niż cztery godziny. W razie potrzeby lekarz,

<sup>4</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 23.08.1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz. U. Nr 103, poz. 514), dalej jako r.s.p.b.



po osobistym zbadaniu pacjenta, może przedłużyć unieruchomienie na następne okresy sześciogodzinne (pielęgniarka może dokonać takiego przedłużenia tylko w domu pomocy społecznej, gdy nie ma możliwości uzyskania zlecenia od lekarza). Przedłużenie unieruchomienia lub izolacji na okresy dłuższe niż 24 godziny jest dopuszczalne tylko w warunkach szpitalnych (§ 10 ust. 2 r.s.p.b.). Stan pacjenta unieruchomionego lub przebywającego w izolacji musi być kontrolowany przez pielęgniarkę nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu pacjenta. Pielęgniarka ma obowiązek krótkotrwałego uwalniania pacjenta od unieruchomienia w celu zmiany jego pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej niż co cztery godziny (§ 14 ust. 1 pkt 2 r.s.p.b.). Kontrola ta ma być odnotowana w karcie zastosowania unieruchomienia lub izolacji (wzór takiej karty stanowi załącznik do rozporządzenia w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego), zaś pielęgniarka ma obowiązek odnotowywania zastosowania przymusu bezpośredniego w raporcie pielęgniarskim. Załącznikiem do rozporządzenia w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego jest także karta kodowych oznaczeń zachowań obserwowanych podczas stosowania przymusu oraz wzór zawiadomień o stosowaniu przymusu kierowanych do kierownika podmiotu leczniczego lub lekarza psychiatry, upoważnionego przez marszałka województwa. Procedura stosowania przymusu jest – jak widać – skomplikowana, odpowiedzialność rozłożona na kilka osób i poddana szczegółowo określonej procedurze kontrolnej. Wszystko to, w zamyśle ustawodawcy, by zapobiec nadużywaniu tak drastycznych środków wobec pacjentów psychiatrycznych lub osób, którym zapewniona jest opieka (nie leczenie) ze względów psychiatrycznych.

Warto zwrócić uwagę, że możliwości stosowania przymusu bezpośredniego we wszystkich formach i procedura jego stosowania jest zupełnie taka sama w stosunku do pacjentów lub osób, którym zapewniona jest opieka ze względów psychiatrycznych, leczonych lub umieszczonych w domu pomocy społecznej za zgodą i bez zgody (decyzją sądu opiekuńczego). Tak uregulowany przymus bezpośredni może być stosowany na powyżej opisanych zasadach w szpitalu psychiatrycznym (ustawa zrównuje przy tym ze szpitalem psychiatrycznym oddział psychiatryczny w szpitalu ogólnym, klinikę psychiatryczną i sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz inne przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, sprawującego całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową – art. 3 pkt 2 u.o.z.p.) oraz w domu pomocy społecznej, środowiskowym domu samopomocy lub innych formach pomocy instytucjonalnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi (art. 3 pkt 3 u.o.z.p.).

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego określa także w art. 3 pkt 1, kogo uważa za osobę z zaburzeniami psychicznymi. Przymus bezpośredni wedle art. 18 u.o.z.p. można stosować do osób z zaburzeniami psychicznymi. Jest to więc osoba chora psychicznie (wykazująca zaburzenia psychotyczne), upośledzona umysłowo, wykazująca inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym. Osoba z zaburzeniami psychicznymi może znaleźć się w szpitalu psychiatrycznym (lub zakładzie leczniczym z nim zrównanym), jeżeli ma być poddana leczeniu. Może znaleźć się również w zakładzie

opiekuńczo-leczniczym lub w domu pomocy społecznej, jeżeli wymaga opieki, a nie może jej uzyskać w środowisku rodzinnym lub w środowisku społecznym (pomoc, jaką może zapewnić ośrodek pomocy społecznej, nie jest wystarczająca dla bezpiecznego funkcjonowania tej osoby). Opieka nad osobami z zaburzeniami psychicznymi niewymagającymi leczenia jest zapewniana w domach pomocy społecznej przeznaczonych dla osób chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo. Tylko tego rodzaju domy pomocy społecznej podlegają kontroli sądowej w trybie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (art. 43 u.o.z.p.).

Opisany powyżej w punkcie II stan prawny uległ zmianie w momencie wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej<sup>5</sup>. Ustawa ta zmieniła art. 18 u.o.z.p., określający przyczyny i procedurę stosowania przymusu bezpośredniego, nie dokonując w nim jednak zmiany merytorycznej, a tylko zmieniając terminologię na stosowaną w nowej ustawie (określenie „szpital psychiatryczny” zamieniono na „podmiot leczniczy”). Nie wydano natomiast do dziś nowego rozporządzenia dotyczącego sposobu stosowania przymusu, dokumentowania stosowania przymusu i dokonywania oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego. Rozporządzenie wydane w 1995 r. zachowało moc obowiązującą do 1.07.2012 r. na podstawie art. 219 ust. 1 pkt 6 u.dz.l. Tak więc w całym badanym okresie przymus bezpośredni stosowano i dokumentowano w oparciu o rozporządzenie w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego z 1995 r.

### 3. DOBÓR PRÓBY BADAWCZEJ

Badanie efektywności kontroli przestrzegania praw osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej przeznaczonych dla osób chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo zostało przeprowadzone w oparciu o zbadanie sprawozdań sędziów przeprowadzających kontrole w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej, w których przebywają osoby chore psychicznie lub upośledzone umysłowo na podstawie art. 43 u.o.z.p.

Kontrolę zarządza prezes sądu okręgowego, wyznaczając sędziego, który ma ją przeprowadzić. Szczegółowe zagadnienia dotyczące tej kontroli są uregulowane rozporządzeniem w sprawie kontroli przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej z 1995 r.

Zakres kontroli § 2 ust. 1 r.k.p.p.o. określa bardzo szeroko. Sędzia ma kontrolować:

- „1) prawidłowość dokumentacji medycznej stanowiącej podstawę przyjmowania i przebywania w zakładzie osób z zaburzeniami psychicznymi,
- 2) prawidłowość dokumentacji medycznej dotyczącej zastosowania przymusu bezpośredniego oraz stosowania świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta,
- 3) zasadność dalszego pobytu w szpitalu psychiatrycznym w przypadkach hospitalizacji powyżej 6 miesięcy,

<sup>5</sup> Ustawa z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217), dalej jako u.dz.l., weszła w życie 1.07.2011 r.



- 4) przestrzeganie praw osób przebywających w zakładzie, określonych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego oraz w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej, a także w przepisach o pomocy społecznej,
- 5) warunki bytowe w zakładzie,
- 6) działalność zakładu w zakresie współpracy z sądem i kuratorami sprawującymi nadzór nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, przebywającymi w zakładzie,
- 7) współdziałanie zakładu z rodzinami i opiekunami osób z zaburzeniami psychicznymi,
- 8) prawidłowość i terminowość załatwiania skarg i wniosków osób z zaburzeniami psychicznymi przebywającymi w zakładzie”.

Z przebiegu kontroli sędzia sporządza sprawozdanie, które powinno zawierać w szczególności dane dotyczące zakresu kontroli, oceny sposobu wykonania zaleceń związanych z poprzednią kontrolą oraz zalecenia pokontrolne (§ 6 r.k.p.p.o.). Sprawozdania przechowuje się w aktach właściwego sądu okręgowego.

W szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej, w których przebywają osoby chore psychicznie lub upośledzone umysłowo, przeprowadza się wiele kontroli. Instytucje kontrolujące badają różne aspekty działalności tych instytucji, m.in. wykorzystanie środków publicznych (Urząd Kontroli Skarbowej), stan sanitarny (Inspektor Sanitarny), decyzje lekarzy udzielających świadczeń opieki zdrowotnej dotyczące ordynowania leków lub wyrobów medycznych niezbędnych do prowadzenia farmakoterapii, a objętych refundacją przez Narodowy Fundusz Zdrowia (oddziały NFZ), postępowanie z materiałami archiwalnymi wchodzącymi w skład państwowego zasobu archiwalnego (Archiwum Państwowe), przestrzeganie przepisów przeciwpożarowych (Państwowa Straż Pożarna), warunki pobytu mieszkańców domów pomocy społecznej (Centrum Pomocy Rodzinie), przestrzeganie przepisów sanitarnych (sanepid). Kontrole w zakresie przestrzegania praw pacjentów przeprowadziła wyjątkowo w 2012 r. Najwyższa Izba Kontroli.

Kontrola dokonywana przez sędziów jest najbardziej wszechstronna, musi uwzględniać zakres wynikający z § 2 r.k.p.p.o., a także inne istotne kwestie, jakie wynikną w czasie kontroli. Z pewnością jednak ze względu na osobę sędziego i charakter jego zadań w państwie podstawowym przedmiotem kontroli powinna być kwestia przestrzegania praw osób znajdujących się w szpitalu lub domu pomocy społecznej. Nie jest to w zasadzie przedmiotem innych kontroli. Żaden inny organ kontrolujący nie ma ani uprawnień, ani kompetencji do kontroli przestrzegania praw człowieka. Sędzia, który skontrolowałby wszystko z wyjątkiem prawidłowości umieszczenia osób w szpitalu lub domu pomocy społecznej i zasadności dalszego w nim przebywania (rodzaj pozbawienia wolności), prawidłowości stosowania przymusu bezpośredniego i szczególnego rodzaju świadczeń zdrowotnych, nie wywiązałby się ze swego zadania.

Na te kwestie sędzia powinien być wyczulony, jest bowiem osobą obdarzoną publicznym zaufaniem, powołaną do zapewnienia poszanowania prawa. Dlatego efektywność kontroli przestrzegania praw osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej może być ustalona w oparciu o analizę działania sędziów w tym zakresie, ze szczególnym zwróceniem uwagi na zakres kontroli stosowania środków przymusu wobec chorych.

Badaniu poddałam **wszystkie** sprawozdania sędziów z kontroli szpitali psychiatrycznych i domów pomocy społecznej złożone prezesom sądów okręgowych w okresie od początku stycznia 2011 r. do 30.04.2012 r.

Materiał badawczy to sprawozdania złożone w tym okresie prezesom następujących sądów okręgowych:

- Białystok – 1 szpital i 6 domów pomocy społecznej,
- Bielsko-Biała – 6 szpitali i 16 domów pomocy społecznej,
- Bydgoszcz – 5 szpitali i 14 domów pomocy społecznej,
- Częstochowa – 2 szpitale i 9 domów pomocy społecznej,
- Elbląg – 5 szpitali i 11 domów pomocy społecznej,
- Gdańsk – 12 szpitali i 22 domy pomocy społecznej,
- Gliwice – 10 szpitali i 26 domów pomocy społecznej,
- Gorzów Wielkopolski – 9 domów pomocy społecznej (szpitale psychiatrycznych nie ma),
- Jelenia Góra – 3 szpitale i 7 domów pomocy społecznej,
- Kalisz – 4 szpitale i 9 domów pomocy społecznej,
- Katowice – 8 szpitali i 18 domów pomocy społecznej,
- Kielce – 4 szpitale i 24 domy pomocy społecznej,
- Konin – 9 domów pomocy społecznej (szpitale nie ma w okręgu),
- Koszalin – 5 szpitali i 10 domów pomocy społecznej,
- Kraków – 28 szpitali (oddziałów szpitalnych) i 36 domów pomocy społecznej,
- Krosno – 1 szpital i 5 domów pomocy społecznej,
- Legnica – 1 szpital i 1 dom pomocy społecznej,
- Lublin – 8 szpitali i 15 domów pomocy społecznej,
- Łomża – 3 szpitale i 2 domy pomocy społecznej,
- Łódź – 11 szpitali i 22 domy pomocy społecznej,
- Nowy Sącz – 3 szpitale i 6 domów pomocy społecznej,
- Olsztyn – 3 szpitale i 10 domów pomocy społecznej,
- Opole – 7 szpitali i 19 domów pomocy społecznej,
- Ostrołęka – 2 szpitale i 8 domów pomocy społecznej,
- Płock – 3 szpitale i 12 domów pomocy społecznej,
- Piotrków Trybunalski – 3 szpitale i 5 domów pomocy społecznej,
- Poznań – 5 szpitali i 6 domów pomocy społecznej,
- Przemyśl – 8 szpitali i 9 domów pomocy społecznej,
- Radom – 3 szpitale i 2 domy pomocy społecznej,
- Rzeszów – 6 szpitali i 11 domów pomocy społecznej,
- Siedlce – 1 szpital i 9 domów pomocy społecznej,
- Sieradz – 1 szpital i 11 domów pomocy społecznej,
- Słupsk – 6 szpitali i 10 domów pomocy społecznej,
- Suwałki – 1 szpital i 5 domów pomocy społecznej,
- Szczecin – 4 szpitale i 6 domów pomocy społecznej,
- Świdnica – 2 szpitale i 9 domów pomocy społecznej,
- Tarnobrzeg – 4 szpitale i 4 domy pomocy społecznej,
- Tarnów – 13 domów pomocy społecznej (szpitale nie ma w okręgu),
- Toruń – 5 szpitali i 11 domów pomocy społecznej,

- Warszawa – 3 szpitale i 7 domów pomocy społecznej,
- Warszawa–Praga – 4 szpitale i 16 domów pomocy społecznej,
- Włocławek – 2 szpitale i 10 domów pomocy społecznej,
- Wrocław – 4 szpitale i 5 domów pomocy społecznej,
- Zamość – 2 szpitale i 12 domów pomocy społecznej,
- Zielona Góra – 2 szpitale i 9 domów pomocy społecznej.

Ogółem liczba zbadanych sprawozdań z sędziowskiej kontroli wynosi 201 – z kontroli szpitali (oddziałów szpitalnych) psychiatrycznych i 496 – z kontroli domów pomocy społecznej dla osób chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo.

Zakłady opiekuńczo-lecznicze zaliczone zostały do oddziałów szpitalnych. Już na etapie prezentacji liczby kontrolowanych zakładów widać zadziwiające różnice przede wszystkim w liczbie domów pomocy społecznej na określonym terenie. Czy jest jakieś rozsądne wyjaśnienie, że domów pomocy społecznej, które podlegają kontroli w trybie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (domy, które są przeznaczone dla osób chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo), jest w okręgu Sądu Okręgowego w Gdańsku – 22, zaś w okręgu Sądu Okręgowego we Wrocławiu – 5? W okręgu Sądu Okręgowego w Warszawie domów pomocy społecznej podlegających kontroli w trybie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jest 16, zaś w okręgu Sądu Okręgowego w Kielcach jest aż 25 takich domów.

Jedyną nasuwającą się hipotezą jest niekwalifikowanie domów pomocy społecznej jako takich, które podlegają kontroli w trybie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Nie można się bowiem spodziewać, że nie ma osób, które się w nich umieszcza. Hipoteza powinna zostać zweryfikowana praktycznym badaniem, np. przez ustalenie, gdzie sądy z okręgów we Wrocławiu lub w Warszawie kierują osoby przymusowo umieszczane w domu pomocy społecznej w trybie art. 39 u.o.z.p.

## 4. ANALIZA WYNIKÓW BADANIA

### 4.1. Ocena formalna kontroli i złożonych sprawozdań

Kontrole przeprowadzane w trybie art. 43 u.o.z.p. traktowane są jak kontrole doroczne, obejmujące okres roku (w przypadku Sądu Okręgowego w Gdańsku – okres sześciu miesięcy, kontrole przeprowadzane są dwa razy w roku w odstępach półrocznych). Doroczny charakter kontroli wywodzi się zapewne z § 4 pkt 1 r.k.p.p.o., który stanowi, że „kontrole zakładów – przeprowadzane co najmniej raz w roku lub doraźnie – obejmujące całokształt spraw podlegających kontroli albo kontrole obejmujące tylko niektóre zagadnienia, przeprowadzane w miarę potrzeby”.

Poza dorocznymi kontrolami, obejmującymi okres roku (wyjątkowo w Gdańsku sześciu miesięcy) od poprzedniej kontroli, nie było w zasadzie według sędziów potrzeby przeprowadzania kontroli obejmujących niektóre zagadnienia. Były w badanym okresie dwie kontrole doraźne, obie związane z nadzwyczajnymi zdarzeniami w kontrolowanych instytucjach.

Sędziowie zgodnie z przepisem § 2 ust. 2 r.k.p.p.o. uprzedzają kierownika zakładu o przystąpieniu do kontroli; czynią to co najmniej z jednodniowym wyprzedzeniem.

Sędzię powołuje do kontroli prezes sądu okręgowego. Istnieje w tym względzie dość powszechna praktyka powierzania obowiązku kontroli stale tym samym sędziom. Prezesi zapewne kierują się zapisem rozporządzenia w sprawie kontroli przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej, że kontrolę sprawuje sędzia obeznan z problematyką ochrony zdrowia psychicznego (§ 1 r.k.p.p.o.). Z wielu sprawozdań jasno wynika, że sędzia kontroluje zakład po raz kolejny w kolejnym roku, np. jedna z sędziów kontrolujących w okręgu Sądu Okręgowego w Olsztynie napisała, że dom pomocy społecznej kontroluje od 14 lat. Często obowiązki kontrolne powierzane są jednemu lub dwóm sędziom w okręgu, np.:

- w okręgu Sądu Okręgowego w Płocku na 15 kontroli 5 przeprowadziła jedna sędzia i 4 – druga;
- w okręgu Sądu Okręgowego w Białymstoku na 7 kontroli 3 przeprowadziła jedna sędzia i 4 – druga;
- w okręgu Sądu Okręgowego w Tarnobrzegu na 8 kontroli 3 przeprowadziła jedna sędzia i 4 – drugi sędzia;
- w okręgu Sądu Okręgowego w Krośnie wszystkie kontrole (6) przeprowadziła jedna sędzia;
- w okręgu Sądu Okręgowego w Częstochowie wszystkie kontrole (11) przeprowadziła jedna sędzia, która w sprawozdaniach umieściła wzmiankę, że przeprowadzała kontrole również w poprzednim okresie;
- w okręgu Sądu Okręgowego w Zamościu na 14 kontroli 13 przeprowadziła jedna sędzia;
- w okręgu Sądu Okręgowego w Świdnicy na 11 kontroli 8 przeprowadził jeden sędzia, 3 – inny;
- w okręgu Sądu Okręgowego w Tarnowie na 13 kontroli 7 przeprowadził jeden sędzia, 3 – inny, z pozostałych jeden – 2 kontrole i jeden – 1;
- w okręgu Sądu Okręgowego w Kaliszu na 13 kontroli 6 przeprowadziła jedna sędzia i 7 – drugi sędzia.

W pozostałych okręgach w kontrole zaangażowanych było po kilku sędziów rejonowych.

Zastrzeżenia do tego systemu kontroli są następujące.

Sędzia kontrolujący wiele szpitali psychiatrycznych i domów pomocy społecznej w ciągu roku (z reguły w krótkim okresie) dokonuje kontroli w sposób rutynowy. Widać to po sprawozdaniach, w których przeklejane są często całe fragmenty opisu. Sędzia taki traci wrażliwość na możliwe w zakładach leczenia psychiatrycznego naruszenia prawa, a nawet na ludzką krzywdę, jaka spotyka pacjentów.

Dodatkowo sędzia nawiązuje kontakt osobisty z dyrektorem zakładu, co z reguły nie sprzyja wnikliwej kontroli, a raczej skłania do bagatelizowania niedociągnięć, a nawet naruszeń prawa. Sędziowie zwracają uwagę na warunki bytowe w zakładach, imprezy organizowane dla pensjonariuszy domów pomocy społecznej, kontakty z rodzinami, dostępność usług religijnych, zaś w zakresie przestrzegania praw człowieka często badają tylko dokumentację, przywiązując wagę do jej braków, a mniej zastanawiając się, co może kryć się za istniejącymi brakami w papierach (przykłady zostaną przytoczone w dalszej części opracowania).

Jakość składanych przez sędziów sprawozdań jest różna. Nie są one uschematyzowane w sensie wzorca, któremu powinny odpowiadać. Sędziowie z reguły opisują wszystkie punkty, jakie są wyliczone w rozporządzeniu w sprawie kontroli przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej, ale czynią to z różnym stopniem szczególności (od jednej strony do kilkunastu). Niektóre sprawozdania wyglądają na absolutnie nierzetelne w tym sensie, że nie dostarczają żadnej wiedzy o badanej instytucji.

W całym badanym materiale jest jeden przypadek nieprzyjęcia sprawozdania przez Departament Wykonania Orzeczeń i Probacji Ministerstwa Sprawiedliwości. Sprawozdanie dotyczyło osób internowanych w szpitalu psychiatrycznym. Sprawozdanie z dorocznej kontroli Samodzielnego Publicznego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Międzyrzeczu nie wspomina nic o stosowaniu przymusu, jest całkowicie opisowe, liczy trzy i pół strony.

Wiele złożonych sprawozdań nie ma nawet parafy prezesa, jej obecność świadczyłaby, że z pewnością spoddane zostały analizie. Można zatem mieć wątpliwości, czy taka szczegółowa analiza miała miejsce w każdym przypadku. W badanym materiale znalazł się jeden przypadek złożenia sprawozdania z dorocznej kontroli domu pomocy społecznej, a następnie kontroli dodatkowej w związku z sytuacją nadzwyczajną.

Sytuacja taka miała miejsce w Domu Pomocy Społecznej dla Dzieci i Młodzieży w Grabiu (okręg Sądu Okręgowego we Włocławku). W tym domu w marcu 2011 r. przeprowadzona została kontrola przez pracowników Biura Rzecznika Praw Dziecka. Kierownictwo domu prowadzonego przez Zgromadzenie Zakonne Sióstr św. Elżbiety udzieliło odpowiedzi na ustalenia kontroli. W wyjaśnieniu tym napisano m.in. „Dom Pomocy Społecznej nie stosuje środków przymusu bezpośredniego, zgodnie z zaleceniem lekarza psychiatry stosuje się incydentalnie zabezpieczenie terapeutyczne. Zjawisko jest monitorowane i stosuje się wszelkie możliwe środki ograniczenia agresji, stosując się w tym zakresie do zaleceń lekarskich”.

Nie wiemy, co oznacza termin „zabezpieczenie terapeutyczne”, można się tylko domyślać, że nie jest to nic przyjemnego dla pensjonariuszy (dzieci agresywnych). Zapewne to eufemizm zastępujący pojęcie „przymus bezpośredni”. Prezes Sądu Okręgowego we Włocławku zarządził dodatkową kontrolę Domu Pomocy Społecznej dla Dzieci i Młodzieży w Grabiu, która miała miejsce w 8.06.2011 r. W toku kontroli ustalono, że w ostatnim roku stosowano przymus bezpośredni wobec trojga pensjonariuszy (dzieci). Nie wynika z protokołu, jaka forma przymusu była stosowana.

Ta sama sędzia przeprowadziła w listopadzie 2011 r. zwykłą doroczną kontrolę placówki. Z protokołu wynika, że w 2011 r. nie stwierdzono przypadków stosowania przymusu bezpośredniego. Sprawozdanie z dorocznej kontroli liczy półtorej strony maszynopisu.

## **4.2. Stosowanie przymusu bezpośredniego w szpitalach psychiatrycznych**

Z badań wynika, że w niemal wszystkich szpitalach psychiatrycznych stosowany jest przymus bezpośredni, chociaż z różnym natężeniem. Z badanych sprawozdań

wynika, że nie stosowano przymusu w Oddziale Odwykowym Zakładu Opieki Zdrowotnej w Dębicy. Materiał badawczy zawierał 201 sprawozdań z sędziowskich kontroli szpitali (oddziałów szpitalnych) psychiatrycznych.

We wszystkich oddziałach stosowano przymus bezpośredni wobec pacjentów, także pacjentów małoletnich. Nie czyniono rozróżnienia na pacjentów leczonych za zgodą i bez zgody (za zgodą sądu opiekuńczego).

Regułą jest stosowanie przymusu w postaci unieruchomienia pasami (różnego rodzaju), często na sali ogólnej, nawet bez parawanu. Takie stosowanie przymusu miało miejsce np. w Dolnośląskim Centrum Zdrowia Psychicznego we Wrocławiu. W sprawozdaniu podano, że w 2011 r. Centrum przyjęło łącznie 1982 pacjentów, przymus zastosowano 883 razy wobec 409 pacjentów, elektrowstrząsy wobec 20 pacjentów (w dawkach od 1 do 20 zabiegów), w dwóch przypadkach bez zgody pacjenta, ale za zgodą sądu. Unieruchomienie pasami stosowano na ogólnych kilkunastoosobowych salach w obecności innych pacjentów.

W Wielospecjalistycznym Szpitalu w Miliczu – Oddział Psychiatryczny, przyjęto w ciągu roku 1908 pacjentów, w tym 200 małoletnich. Przymus zastosowano wobec 111 pacjentów, w tym wobec 27 małoletnich (zawsze pasy bezpieczeństwa).

W Oddziale Psychosomatycznym 114 Szpitala Wojskowego z Przychodnią w Przemyślu przymus bezpośredni stosowano wobec 16 osób (przyjęto w ciągu roku 307 pacjentów). Wśród tych pacjentów był pacjent, którego 12.04.2010 r. przyjęto bez jego zgody i od razu zastosowano wobec niego przymus bezpośredni w postaci pasów na kończyny górne i dolne z powodu agresji i pobudzenia oraz izolację w sali obserwacyjnej. Unieruchomienie trwało 16 godzin i 45 minut. Następnie przeniesiono pacjenta 13.04.2010 r. na neurologię. Zmarł 18.04.2010 r.

Na oddziale Psychiatrycznym Ogólnym Wojewódzkiego Podkarpackiego Szpitala Psychiatrycznego w Żurawicy (okręg Sądu Okręgowego w Przemyślu) wobec jednego pacjenta przebywającego w szpitalu w okresie od 11.07.2011 r. do 21.07.2011 r. stosowano przymus w postaci unieruchomienia pasami 10 razy i izolację 3 razy; czas trwania unieruchomienia po 24 godziny. Oznacza to, że pacjent przez cały czas przebywania w szpitalu był unieruchomiony.

Na oddziale Psychiatrycznym Ogólnym Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Żurawicy stosowano wobec pacjenta przymus bezpośredni „w postaci szelek i zabezpieczenia pełnego z powodu tendencji samobójczych, braku współpracy i negatywizmu” – sędzia nie miał zastrzeżeń. Na tym oddziale przymus bezpośredni wobec innego pacjenta stosowano w postaci izolacji na sali obserwacyjnej i zabezpieczenia pełnego z powodu stanu po próbie samobójczej, tendencji do ucieczki – sędzia go nie zakwestionował.

W Szpitalu Psychiatrycznym w Węgorzewie (okręg Sądu Okręgowego w Olsztynie) stosowano przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia pasami z uzasadnieniem „pobudzenie psychoruchowe”. Sędzia pouczyła, że należy stosować terminologię ustawy.

Sędzia kontrolująca Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej Oddział Psychiatryczny i Pododdział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych w Płocku miała zastrzeżenia co do stosowania przymusu. Zastrzeżenia dotyczyły prowadzenia dokumentacji, w której były istotne braki. Sędzia słusznie uznała, że nieudokumentowane



czynności nie były wykonywane (czasowe uwolnienie z więzów, obserwacja w czasie unieruchomienia, wpisanie czasu trwania przymusu). Stwierdziła także, że podstawy inne niż wymienione w ustawie (majaczenie, brak rzeczowego kontaktu słownego, pobudzenie) nie mogą stanowić przyczyny unieruchomienia.

Sędzia kontrolująca Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny w Tarnobrzegu stwierdziła, że wobec jednej z pacjentek stosowano 20 razy przymus bezpośredni w okresie od 20.06.2010 r. do 18.11.2010 r. Komentarz – dokumentacja prowadzona prawidłowo.

W sprawozdaniu z kontroli w Oddziale Psychiatrycznym Szpitala Powiatowego w Leżajsku znajduje się informacja, że w Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych unieruchomienie na czas przekraczający 24 godziny w 2011 r. stosowano wobec 36 osób, a w okresie od stycznia 2012 do dnia kontroli (20.03.2012 r.) wobec kolejnych 36 osób.

W sprawozdaniu z kontroli w Oddziale VB Szpitala Specjalistycznego im. J. Babińskiego w Krakowie jest informacja o stosowaniu przymusu bezpośredniego (pasów) 13 razy wobec pacjentki przebywającej od 26.03.2011 r. do 8.04.2011 r. Oznacza to, że pacjentka była krępowana codziennie. Przyczyna – „z powodu rzucania przedmiotami, szczególnie kubkami”. Sędzia kontrolujący Szpital Specjalistyczny im. Dr. Józefa Babińskiego w Krakowie Oddział VIa podaje w sprawozdaniu informację o „niewystarczającym wyszkoleniu Rzecznika Praw Pacjenta, który podaje pacjentom informacje, że mogą odmówić przyjmowania leków, negocjować leczenie, więc mogą się nie leczyć – szczególnie jednemu z pacjentów, przebywającemu na podstawie art. 23.1 ustawy, będącemu w trakcie procedury o ubezwłasnowolnienie, Rzecznik miał mu powiedzieć, że nie musi brać leków, a także podaje pacjentom informacje o ich prawach w niestosownym momencie – gdy pacjent, ze względu na stan zdrowia, nie może z niej zrobić użytku dla zabezpieczenia swoich praw”.

Na Oddziale IA Szpitala Specjalistycznego im. J. Babińskiego w Krakowie stosowano przymus w postaci unieruchomienia wobec jednej pacjentki 213 razy z wyjaśnieniem, że „zdaniem ordynator pacjentka M.K. rozwiązana zagrażała swojemu życiu przy jedzeniu np. wkładała sobie do ust całego kartofla i mogła się nim zadławić, także rozbięła się do naga, wyrwała zastrzyki, pampersy, i zabierała rzeczy pacjentkom”.

Sprawozdanie z kontroli Oddziału VD Szpitala Specjalistycznego im. Dr. J. Babińskiego w Krakowie zawiera informację, że przymus w postaci unieruchomienia (pasy ochronne) trwał wobec kilku pacjentów odpowiednio: 12 godzin bez uwolnienia, 11 godzin i 45 minut bez uwolnienia, 16 godzin i 45 minut bez uwolnienia, 18 godzin i 45 minut bez uwolnienia.

Sprawozdanie z kontroli w I Oddziale Psychiatrycznym Powiatowego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Grójcu zawiera informację, że „w sześciu przypadkach czas trwania przymusu wynosił ponad 20 godzin, co związane było z koniecznością unieruchomienia pacjentek, które próbowały wyrwać sobie sondy pokarmowe, którymi były karmione”. W sprawozdaniu nie wyczuwa się potępienia dla takiej praktyki.

Prawdziwy horror wyziera ze sprawozdania z kontroli przestrzegania praw osób z zaburzeniami psychicznymi przebywających w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym w Rajsku. „Podczas wizytacji placówki uzyskano informację, że niektórzy

z mieszkańców znając swoje zachowanie i spodziewając się nasilenia agresji, sami zgłaszają się do personelu zakładu i proszą o pasowanie w celu uniknięcia niepożądanych reakcji”. Przymus wobec pacjentów był tam stosowany ciągle nawet ponad 120 godzin.

W Oddziale Psychiatrycznym Szpitala w Grajewie (okręg Sądu Okręgowego w Łomży) według sprawozdania stosowano wielogodzinne unieruchomienie wobec kilkunastu pacjentów. Wobec jednego pacjenta przymus stosowano łącznie przez 154 godziny. Ze sprawozdania o nim wynika, że „był agresywny, wypowiadał treści urojeniowe, odgrażał się personelowi, mówił, że widzi szatana”. Komentarz sędziego w sprawozdaniu brzmi: „zebrany materiał wskazuje, że długotrwałe stosowanie przymusu wobec ww. osób było w pełni uzasadnione”.

Komentarz sędziego umieszczony w sprawozdaniu z kontroli Kliniki Psychiatrycznej Państwowego Szpitala Klinicznego nr 1 Akademii Medycznej w Lublinie za okres od 1.01.2011 r. do 31.12.2011 r. stanowi, że „zgodnie z art. 18 u.o.-z.p. przymus bezpośredni może być użyty w określonych okolicznościach wobec każdego zaburzonego psychicznie. W Klinice Psychiatrii nie stwierdzono, aby zastosowanie przymusu bezpośredniego miało miejsce poza sytuacjami nagłymi, w obliczu bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia własnego, osoby z zaburzeniami psychicznymi bądź innych osób albo wobec destrukcyjnych zachowań tej osoby. (...) Należy podkreślić, że stosowanie przymusu bezpośredniego nie podlega automatycznej kontroli sądowej, a jedynie kontrola stosowania jest ograniczona do zewnętrznego nadzoru administracyjnego nad działalnością lekarzy ZOZ lub innych lekarzy”.

Sędziowie z reguły ograniczają swą rolę do kontroli formalnej (dokumentacji). Za typową uwagę w sprawozdaniu uważam stwierdzenie sędziego zamieszczone w sprawozdaniu z kontroli Subrejonowego Ośrodka Leczenia Psychiatrycznego w Bielsku-Białej, w którym zauważa, że „w 2011 r. zachodziła potrzeba zastosowania wobec 111 pacjentów środków przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia i izolacji. Ogółem zastosowano 212 takich środków. Stosowanie tych środków odnotowane zostało w dokumentacji pacjentów”.

W sprawozdaniu z lustracji przeprowadzonej w Oddziale XXIII Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. St. Kryzana w Starogardzie Gdańskim (okręg Sądu Okręgowego w Gdańsku) zawarte jest stwierdzenie, że „w dniu 13 grudnia 2010 r. dyrektor Szpitala zawiadomił Prokuraturę Rejonową w Starogardzie Gdańskim o możliwości popełnienia przestępstwa w postaci:

- przemocy psychicznej i fizycznej dokonywanej przez personel zatrudniony w oddziale psychiatrii sądowej dla nieletnich w formie zastraszenia, grożenia, poniżania, szantażu, popychania, szarpania, kopania,
- narażenie na niebezpieczeństwo utraty życia lub uszczerbku na zdrowiu przez nienależyte zapewnienie opieki nad pacjentami przez personel oddziału,
- łamanie praw pacjentów oddziału, w tym prawa do godnego i zgodnego z etyką lekarską i pielęgniarską traktowania”.

Zawiadomienie to było poprzedzone buntem pacjentów wobec próby zastosowania środka przymusu bezpośredniego wobec jednego z nich.

W sprawozdaniu z kontroli Niepublicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej – Ośrodek Leczenia Nerwic Mawiko (sp. z o.o.) w Chojnicach (okręg Sądu Okręgowego w Słupsku) znajduje się następujący fragment: „Istnieją wątpliwości co do formalnej legalności pobytu w Zakładzie całkowicie ubezwłasnowolnionej pacjentki Renaty G. bez zgody sądu opiekuńczego (...). Należy jednak zastrzec, że pobyty te były konieczne ze względu na ujawnione zaburzenia stanu zdrowia psychicznego i nie doszło do naruszenia praw osób z zaburzeniami psychicznymi”.

W sprawozdaniu z kontroli Oddziału Psychiatrycznego w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Działdowie (okręg Sądu Okręgowego w Elblągu) sędzia stwierdza, że „Ordynator mówi, że jednorazowe, krótkotrwałe przytrzymania nie są odnotowywane”. Bez komentarza.

Ze sprawozdania z kontroli w Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Zdroje” w Szczecinie – Oddziały Psychiatryczne wynika, że w badanym roku przyjęto 3849 osób, przymus bezpośredni stosowano 1257 razy, w tym 1145 razy w izbie przyjęć.

W sprawozdaniu z kontroli Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 w Szczecinie – Klinika Psychiatryczna znajduje się informacja, że w okresie kontrolowanym 8 pacjentów dokonało 27 samookaleczeń, 8 pacjentów uciekło, 4 pacjentów dokonało 5 prób samobójczych.

W Oddziale Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu zastosowano przymus bezpośredni wobec jednej z pacjentek „pasy kończyn górnych albowiem wyginała się prowokując upadek”.

Z fragmentu sprawozdania z kontroli Oddziału Psychiatrycznego Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Miejskiego w Nowej Rudzie (okręg Sądu Okręgowego w Gliwicach) wynika, że „w roku 2011 użyto 176 razy pasów bezpieczeństwa wobec 90 pacjentów. Przyczyną ich zastosowania było zagrożenie życia w/w, innych pacjentów oraz personelu. Przymus bezpośredni stosowany jest zasadnie. Ordynator wykazuje szczególną dbałość w zakresie prowadzenia dokumentacji dotyczącej stosowania przymusu bezpośredniego”.

W sprawozdaniu z kontroli Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku (okręg Sądu Okręgowego w Gliwicach) czytamy, że „informacja o zastosowaniu ww. środków odnotowywana jest w tzw. karcie przymusu i raporcie pielęgniarskim, stanowiących część dokumentacji medycznej. Najczęściej stosowanym środkiem przymusu bezpośredniego jak wynika z kontrolowanej dokumentacji jest unieruchomienie pacjenta w tzw. «pasach bezpieczeństwa». Zastosowanie tego środka w przeważającej ilości przypadków dotyczy przywiezienia pacjenta do szpitala i pierwszych jego godzin pobytu w szpitalu, przed zastosowaniem leków”. Innych informacji o przymusie w sprawozdaniu nie ma.

Sprawozdanie z wizytacji Oddziału Psychiatrycznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu (okręg Sądu Okręgowego w Katowicach) liczy sobie półtorej strony. O przymusie bezpośrednim znajduje się w nim stwierdzenie, że „przymus bezpośredni stosowano u 18 pacjentów”.

Na podstawie analizy sprawozdań wydaje się, że prezesi sądów okręgowych ich nie czytają. Gdyby czytali, wnioski z tego raportu musiałyby być jeszcze bardziej bolesne dla sądów.

### 4.3. Stosowanie przymusu bezpośredniego w domach opieki społecznej przeznaczonych dla osób chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo

Przymus bezpośredni nie jest stosowany we wszystkich domach pomocy społecznej. Wiele jest takich, w których od długiego czasu przymusu się nie stosuje. W niektórych sprawozdaniach sędziów z kontroli nie ma wzmianki o stosowaniu przymusu bezpośredniego. Należy mniemać, że i tam nie jest on stosowany. Są domy pomocy społecznej, w których dozwolony ustawą przymus bezpośredni stosowany jest w sposób bardzo wyważony. Trudno wówczas czynić zarzut, że dom pomocy społecznej stosuje dopuszczalny prawem przymus wobec pensjonariuszy. Warto natomiast rozważyć, czy rzeczywiście w domach pomocy społecznej stosowanie przymusu bezpośredniego powinno być dopuszczalne.

Są jednak takie domy pomocy społecznej, w których stosowanie przymusu bezpośredniego przybiera formy budzące zaniepokojenie, a może nawet oburzenie.

Na potrzeby niniejszego opracowania zbadalam 496 sprawozdań z sędziowskiej kontroli domów pomocy społecznej, w których przebywają osoby chore psychicznie lub upośledzone umysłowo.

Domy pomocy społecznej zostaną omówione w podziale na trzy wskazane kategorie.

1. Domy pomocy społecznej, w których nie stosuje się żadnej formy przymusu bezpośredniego. W badanej próbie jest takich 331, przy czym zaliczyłam do tej kategorii również te domy, w odniesieniu do których w sprawozdaniach nie pojawia się informacja o stosowaniu środków przymusu wobec pensjonariuszy. Niektóre sprawozdania wspominają, że w domach tych był w przeszłości stosowany przymus, którego od pewnego momentu poniechano. Zawierają też informacje, czy dom ma środki (np. pasy unieruchamiające lub kaftan bezpieczeństwa) służące do stosowania przymusu.
2. Domy pomocy społecznej, w których stosuje się wprawdzie przymus bezpośredni w postaci przytrzymania celem przymusowego podania leków lub nawet unieruchomienia lub izolacji, lecz jest on stosowany rozważnie, rzadko, w sytuacji nieprzewidzianej. W badanej grupie jest 136 takich domów pomocy społecznej.
3. Domy pomocy społecznej, w których przymus bezpośredni stosowany wobec pensjonariuszy przyjmuje nieakceptowany społecznie wymiar. Takich domów w badanej próbie jest 29.

Nawet w tych domach pomocy społecznej, w których przymusu – jak się wydaje – nie nadużywa się, pojawiają się dziwne stwierdzenia w sprawozdaniach.

W sprawozdaniu z kontroli w Domu Pomocy Społecznej w Wielkich Oczach (okręg Sądu Okręgowego w Przemyślu), prowadzonym przez zakonnicę, czytamy, że przymus bezpośredni stosowany jest wobec jednego wychowanka. Lekarz prowadzący zezwolił na stałe stosowanie przymusu, ale nie jest on stale stosowany. Nie widać ze sprawozdania, by sędzia uważał to za naganne.

Omówienie trzeciej grupy domów pomocy społecznej, w których przymus bezpośredni stosowany wobec pensjonariuszy przyjmuje nieakceptowany społecznie

wymiar, wymaga przytoczenia fragmentów sprawozdań z przeprowadzonych w nich kontroli.

W sprawozdaniu z kontroli domu pomocy społecznej w Gościcach (okręg Sądu Okręgowego w Płocku) sędzia pisze, że „podczas sprawdzania pokoi mieszkalnych dzieci leżących niepokój wzbudził widok jednego z dzieci, którego tułów był przywiązany jakąś dzianiną do poręczy łóżka. Kierownik działu podała, że konieczność częściowego unieruchomienia tego dziecka wynika z jego napadów takiego przemieszczania się, które stwarza ryzyko wypadnięcia z łóżka. Nawiązanie słownego kontaktu z tym dzieckiem nie było możliwe – z powodu stopnia jego upośledzenia, ale podczas kontroli dziecko to leżało spokojnie. Należy stwierdzić, że praktyka jakiegokolwiek przywiązania mieszkańca do łóżka, krępowania jego ruchów w sytuacji braku agresji uzasadniającej ewentualne stosowanie przymusu bezpośredniego, jest nieprawidłowa, stanowi ukrytą formę faktycznego stosowania przymusu bezpośredniego i winna być wyeliminowana”.

W sprawozdaniu z kontroli Domu Pomocy Społecznej dla Przewlekłe Chorych w Piskarzowicach-Mołyniach (okręg Sądu Okręgowego w Rzeszowie) jest informacja o stosowaniu przymusu 68 razy wobec 11 pensjonariuszy w ciągu roku.

Ze sprawozdania z kontroli Domu Pomocy Społecznej im. Św. Ojca Pio w Dębicy (okręg Sądu Okręgowego w Rzeszowie) wynika, że w ciągu roku przymus stosowano 104 razy (w domu przebywa 213 mieszkańców), a wobec 3 pensjonariuszy jest stosowany przymus stały. Brak bliższego opisu, co miałoby to znaczyć. Jest za to stwierdzenie, że dokumentacja prowadzona jest prawidłowo, a zasadność przymusu bezpośredniego nie budzi zastrzeżeń.

W Domu Pomocy Społecznej dla Dorosłych Niepełnosprawnych Intelakualnie im. Józefy Jaklińskiej w Rzeszowie przymus stosowano, wprowadzając z umiarem ilościowym (3 razy), a powodem zastosowania przymusu „był zwykle napad agresji fizycznej w stosunku do współmieszkańców, personelu, trzaskanie drzwiami” (!).

W Domu Pomocy Społecznej dla mężczyzn w Iwoniczu (okręg Sądu Okręgowego w Krośnie), prowadzonym przez konwent bonifratrów, przymus stosowano wobec 37 (na 104) pensjonariuszy, wobec niektórych wielokrotnie. Sędzia pisze, że „odnotowano również przypadki permanentnego stosowania unieruchomienia wobec pensjonariuszy, którzy mają problem z zachowaniem równowagi”.

W sprawozdaniu z kontroli Domu Pomocy Społecznej w Bobolicach (okręg Sądu Okręgowego w Koszalinie), prowadzonego przez siostry pallotynki, sędzia pisze, że „13 razy stosowano unieruchomienie w formie specjalnie uszytej koszuli z przedłużonymi rękawami”. W dokumentacji nie ma informacji o czasie unieruchomienia.

W Domu Pomocy Społecznej Caritas Archidiecezji Krakowskiej w Zatorze (okręg Sądu Okręgowego w Krakowie) unieruchomienie kaftanem bezpieczeństwa stosowano tylko 2 razy (50 pensjonariuszy), ale „w dniu zastosowania przymusu dyrektorzy placówki (były i obecny) sami do siebie kierowali zawiadomienia o przestępstwie”.

W Domu Pomocy Społecznej dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej Intelakualnie w Jordanowie (okręg Sądu Okręgowego w Krakowie) „wobec pensjonariuszki J.K. postanowieniem z 30.10.2008, sygn. akt III RNs 209/08, tutejszy sąd zezwolił opiekunowi prawnemu B.G. na umieszczenie ww osoby w specjalistycznym

łóżku, tylko w okresie nocnego spoczynku. W listopadzie 2011 r. lekarz psychiatra J.Ch. wydał zalecenie zgodnie z ogólnym zaleceniem wydanym na piśmie z daty 17.12.2003 r. na założenie kaftana bezpieczeństwa w w pensjonariuszce według decyzji siostry pielęgniarki w razie ostrego niepokoju i pobudzenia zagrażającego zdrowiu podopiecznej lub zdrowiu innych mieszkank DPS”.

Sprawozdanie z kontroli Domu Pomocy Społecznej przy ul. Łanowej 43 w Krakowie zawiera opis stosowania przymusu bezpośredniego z następującymi danymi – 177 razy stosowano różnego rodzaju przymus bezpośredni (162 pensjonariuszy). „Jedna z mieszanek mówiła o stosowaniu unieruchomienia za nieposłuszeństwo”.

Prawdziwy horror opisuje sędzia w sprawozdaniu z kontroli przeprowadzonej w Domu Pomocy Społecznej w Krakowie, ul. Babińskiego 25. Oto opis: „W wizytowanym DPS nie było zabójstw, samobójstw, pobić. W domu stosuje się przymus w postaci kaftana bezpieczeństwa i pasów magnetycznych. Środki te stosowano 166 razy (w domu mieszka 88 kobiet niepełnosprawnych intelektualnie – przyp. T.G.).

**Nie stwierdzono przypadku nieuzasadnionego zastosowania przymusu bezpośredniego, czy zastosowania nie przewidzianego w ustawie środka przymusu.**

W bieżącym okresie kontrolnym przymus w postaci pasów magnetycznych stosowano najczęściej – 101 razy – w stosunku do mieszkanki A.P. (...) Mieszkanca A.W. praktycznie na co dzień funkcjonowała w kaftanie od kilkunastu lat. Wymuszała ona zaspokajanie swoich potrzeb poprzez narastającą agresję do wybranych mało sprawnych współmieszkanek. Na skutek ataków agresji i autoagresji oraz skarg poszkodowanych mieszanek, stosowano przymus w postaci kaftana. Mieszkanca dłuższy czas jest w kaftanie, ponieważ uwolnienie jej nadal kończy się samookaleczeniem przez uszkodzenie małżowiny usznej. (...)

Przymus bezpośredni w postaci pasów magnetycznych stosowano 101 razy w ciągu roku u mieszkanki A.P. z powodu agresji i autoagresji. Mieszkanca często wkłada palec do oka, drapiąc go, raniąc”.

Nie ma również porządku w dokumentowaniu przymusu. Sędzia pisze, iż „stwierdzono, że w dokumentacji mieszanek wobec których przymus był stosowany załączają (tak w oryginale – przyp. T.G.) zawiadomienia dla lekarza upoważnionego przez wojewodę którego zawiadamia się o zastosowaniu przymusu. Nie ekspediowano ich z powodu – jak podano – braku adresu lekarza, na który zawiadomienia miałyby być przesłane”. Sprawozdanie zostało przyjęte przez prezesa sądu.

W sprawozdaniu z kontroli w Domu Pomocy Społecznej w Pcimiu (okręg Sądu Okręgowego w Krakowie), w którym przymusu bezpośredniego nie stosowano, znajduje się jednak zaskakujący fragment: „Nie było też sytuacji ani też żadnych ofert firm farmaceutycznych aby testować leki na pensjonariuszach”.

Ze sprawozdania w Domu Pomocy Społecznej w Bobrku (okręg Sądu Okręgowego w Krakowie) wynika, że wobec kilku pacjentów w ciągu roku stosowano przymus 50 razy, 40 razy, a nawet 77 razy.

W sprawozdaniu z kontroli Domu Pomocy Społecznej nr 6 w Lublinie sędzia podaje, że „w 2011 r. nie był stosowany środek przymusu bezpośredniego, natomiast sporadycznie pensjonariusze obłożnie chorzy mają unieruchamiane ręce, tak aby zapobiec wyrwaniu sobie cewników lub sond do karmienia albo zrywaniu opatrunków”.

W sprawozdaniu z kontroli w Domu Pomocy Społecznej w Bielsku-Białej (sprawozdanie ma dwie strony) o przymusie napisano: „Sprawdzono zeszyt stosowania



przymusu bezpośredniego, w którym nie stwierdzono jednak żadnych wpisów”.

W Domu Pomocy Społecznej w Łodzi dla młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie sędzia pisze, że stosowano kaftan bezpieczeństwa w dzień, pasy unieruchamiające w nocy, a następnie, że „zastosowany środek przymusu polegał we wszystkich wypadkach na skrepowaniu rąk”.

Sędzia przeprowadzająca kontrole w domach pomocy społecznej (w Rokocinie, w Szpęgawsku, w Starogardzie Gdańskim – wszystkie w okręgu Sądu Okręgowego w Gdańsku) przekleja w każdym z nich takiej treści informację: „W zakresie przestrzegania praw pensjonariuszy oraz stosowania przymusu bezpośredniego nie stwierdziłam uchybień”.

W sprawozdaniu z kontroli Domu Pomocy Społecznej w Rożdżalach (okręg Sądu Okręgowego w Sieradzu) jest wzmianka, że „w stosunku do 4 osób personel stosuje okresowe unieruchomienie w pasach”. Komentarza nie ma.

W sprawozdaniu z kontroli Domu Pomocy Społecznej w Parchowie (okręg Sądu Okręgowego w Słupsku) znajdujemy fragment, że „gdy zachodzi konieczność stosowany jest przymus bezpośredni”. Sprawozdanie zostało przyjęte przez prezesa.

Kontrola stosowania środków przymusu w Domu Pomocy Społecznej w Przytoku (okręg Sądu Okręgowego w Słupsku) opisana została, jak następuje: „W budynku znajduje się izolatka, w którym stoi jedno łóżko wyposażone w pasy bezpieczeństwa. Konieczność użycia takich pasów zdarza się wyjątkowo rzadko. Stosowana jest przez pielęgniarki i dotyczy sytuacji, w których podopieczny swym zachowaniem sprawnie zagrożenie dla siebie lub innych. Użycie pasów bezpieczeństwa jest następnie odnotowywane w odpowiednich dokumentach”.

W Domu Pomocy Społecznej dla Dzieci i Młodzieży w Suwałkach, prowadzonym przez siostry franciszkanki, w 17 przypadkach zastosowanie przymusu zarządziła psycholog. Stosuje się przytrzymywanie rąk lub założenie kasku w celu zapobiegnięcia samookaleczeniom.

W sprawozdaniu z kontroli Domu Pomocy Społecznej w Wieleniu (okręg Sądu Okręgowego w Poznaniu) sędzia pisze, że „powodem jednorazowego stosowania przymusu bezpośredniego wobec drugiego z pensjonariuszy było pogorszenie się jego stanu psychicznego”. Wobec jednego z pensjonariuszy stosowano w ciągu roku unieruchomienie 9 razy, z powodu upojenia alkoholowego.

Sędzia po dokonaniu kontroli w Domu Pomocy Społecznej w Raciborzu (okręg Sądu Okręgowego w Gliwicach) odnotował w sprawozdaniu, że „w okresie sprawozdawczym stosuje się regularnie środek przymusu bezpośredniego w postaci przytrzymywania wobec jednej osoby (kobiety), która ma zalecone przez lekarza psychiatrę zastrzyki i dobrowolnie nie zgadza się na stosowanie takiego leczenia. Przypadki te zostały prawidłowo odnotowane”.

W sprawozdaniu z kontroli Domu Pomocy Społecznej w Wodzisławiu (okręg Sądu Okręgowego w Gliwicach) sędzia napisał, że „w 2011 r. zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie pasów na stałe lub w razie potrzeby (także kaftan bezpieczeństwa) w celu zabezpieczenia przed urazami fizycznymi u osób ze stałą autoagresją i agresją wobec otoczenia lekarz medycyny psychiatra zlecił wobec...”. Nie ma komentarza sędziego.

Fragment sprawozdania sędziego z kontroli w Domu Polskiego Czerwonego Krzyża w Chorzowie informuje, że „w Ośrodku nie stosuje się środków przymusu

ze względu na stan zdrowia pensjonariuszy. Ze względów bezpieczeństwa (np. możliwość upadku z wózka) pensjonariusze są przypinani pasami”.

W sprawozdaniu z kontroli w Domu Pomocy Społecznej dla Dzieci i Młodzieży „Junior” w Miłkowie (okręg Sądu Okręgowego w Jeleniej Górze) sędzia napisała, że „przez zatrudnione pielęgniarki prowadzona jest dokumentacja dotycząca stosowania przymusu bezpośredniego, ale praktycznie nie jest stosowany. Lekarz psychiatra wystawił stosowne zaświadczenie dla konkretnych mieszkańców zezwalające na stosowanie wobec nich przymusu bezpośredniego i są one w aktach”. Nie ma komentarz sędziego.

Ta sama sędzia w sprawozdaniu z kontroli w Domu Pomocy Społecznej w Janowicach Wielkich pisze, że przymus stosowano jeden raz, „ale jest wypis ze szpitala psychiatrycznego o potrzebie stosowania wobec pensjonariusza mechanicznego zabezpieczenia z uwagi na zagrożenie jakie stwarza dla siebie i innych współmieszkańców”.

Opis ze sprawozdania z kontroli Domu Pomocy Społecznej w Czarnowasach (okręg Sądu Okręgowego w Opolu), prowadzonego przez Zgromadzenie Sióstr św. Jadwigi wskazuje, że „wobec jednej podopiecznej J.P. jednak konieczne jest jej stałe izolowanie z uwagi na agresję wobec innych mieszkank przejawiająca się wsadzeniem palców do oczu (raz już uszkodziła jednej współmieszkanke narząd wzroku), rzucaniem się do bicia, drapaniem, co w razie pozostawienia jej z innymi nie tylko uniemożliwia im spokojne funkcjonowanie, ale i zagraża zdrowiu, a nawet życiu. (...) Od dłuższego zatem czasu J.P. zamykana jest w osobnym pokoju na zasuwkę i wyprowadzana z niego na posiłki i w celu załatwienia potrzeb fizjologicznych. Niejednokrotnie konieczne jest wówczas również jej przytrzymanie. Ostatnio nie jest już wyprowadzana na dwór, bowiem nie chce wychodzić ze swojego pokoju. W pokoju w celu zapewnienia bezpieczeństwa wyciągnięto klamki okienne i wyniesiono meble poza łóżkiem i szafką z uwagi na niszczenie i zanieczyszczanie przez nią wszelkich przedmiotów. (...) Z przeprowadzonej rozmowy wynikało, że pracownicy DPS dotychczas nie zdawali sobie sprawy, iż izolacja jest środkiem przymusu bezpośredniego”.

Sprawozdanie z kontroli Rodzinnego Domu Opieki dla Ludzi Starszych w Stanisławowie (okręg Sądu Okręgowego Warszawa-Praga): „Według informacji udzielonej przez kierownika domu opieki przymus czasami jest stosowany w stosunku do pacjentów w zakresie niezbędnym np. przymusowe podanie leku bądź unieruchomienie pasami”. Dokumentacji nie prowadzi się.

W sprawozdaniu z kontroli w Domu Pomocy Społecznej w Ścinawce Dolnej (okręg Sądu Okręgowego w Świdnicy) sędzia zapisała następującą wątpliwość: „Kierownik zespołu opiekuńczo-terapeutycznego E.K. w obecności dyr. R.H. stwierdziła, że w 2011 r. – podobnie jak w poprzednich latach – nie miało miejsca zastosowanie przymusu bezpośredniego w jakiegokolwiek formie. (...) Przekonywano, że nie stosuje się przymusu bezpośredniego, gdyż nie ma takiej potrzeby, a gdyby miała miejsce – to najprawdopodobniej wezwano by policję. Dowodzone, że stosowanie przymusu przez głównie żeński personel wobec mężczyzn pensjonariuszy, może powodować jedynie eskalacje zdarzeń. Jest to nieco wątpliwe, zważywszy na profil placówki, oraz fakt, że w pozostałych domach opieki społecznej przymus bezpośredni jest stosowany i należycie udokumentowany”.

Z kolei treść sprawozdania z kontroli w Domu Pomocy Społecznej dla Dzieci w Ludwikowicach Śląskich (okręg Sądu Okręgowego w Świdnicy) budzi wątpliwość ze względu na sprzeczność zapisów. Sędzia pisze, że przymusu nie stosowano, a zarazem w zaleceniach pokontrolnych stwierdza: „1. W przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego przez kierownika zespołu medyczno-terapeutycznego należy niezwłocznie zawiadomić lekarza, który w dokumentacji winien stwierdzić, że zapoznał się z nią w określonym dniu, a następnie należy stosować procedurę kontroli przez wyznaczonego lekarza specjalistę”.

Niestety, ze sprawozdań z kontroli sędziowskiej dość często wynika niepełna świadomość sędziów, co w zakresie przymusu jest dozwolone, a co nie. Podobnie, a nawet częściej, widać brak takiej świadomości po stronie osób zarządzających domami pomocy społecznej. W najdrastyczniejszych przypadkach wydaje się, że cofnęliśmy się do mroków średniowiecza, przynajmniej w zakresie traktowania ludzi z zaburzeniami psychicznymi.

## 5. PODSUMOWANIE

Z badania wynikają następujące konkluzje.

1. Sędziowie przeprowadzają kontrole i sporządzają sprawozdania o różnym stopniu szczegółowości. Niektóre sprawozdania liczą półtorej do dwóch stron, są bardzo ogólnikowe, niewiele z nich wynika. Nie wydaje się, że prezesi sądów przykładają dużą wagę do tej sfery działalności sądów. Każde właściwie sprawozdanie jest przyjmowane. Jedyne zakwestionowane zostało podważone przez Ministerstwo Sprawiedliwości, nie prezesa sądu.

2. Sędziowie nie skupiają się na kontroli zakładów leczenia psychiatrycznego i domów pomocy społecznej w najważniejszej kwestii, mianowicie – przestrzegania praw człowieka w ich działalności. Zbyt często sędzia kontroluje tylko dokumentację, nie ma wątpliwości i nie wnika głębiej w działalność placówki. Nie podejmuje starań, by rzeczywiście ocenić stosunek do pacjentów lub pensjonariuszy. W jednym tylko przypadku sędzia napisała, że ma wątpliwości, czy kierujący placówką mówią jej prawdę.

3. Sędziowie kontrolujący zakłady leczenia psychiatrycznego i domy pomocy społecznej przeważnie nie wykazują, niezbędnej w tego rodzaju działalności, wrażliwości społecznej. Kontrola ma zbyt często charakter formalny, rutynowy, powierzchowny.

4. Materiał badawczy dotyczący jednego roku pokazuje, że w zbyt wielu przypadkach prawa osób leczonych psychiatrycznie lub poddanych opiece psychiatrycznej nie są przestrzegane, niekiedy drastycznie się je narusza.

5. Warto rozważyć, czy stosowanie przymusu bezpośredniego w domach pomocy społecznej powinno być dozwolone, a co najmniej czy powinno się dopuszczać stosowanie przymusu w najdrastyczniejszych formach – unieruchomienia i izolacji.

6. Warto także rozważyć, czy przymusowe zabiegi lecznicze powinny być dopuszczalne w leczeniu psychiatrycznym w tak szerokim zakresie, w jakim dopuszcza się je obecnie.

7. Powinno się monitorować sytuację w zakresie poszanowania praw osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych lub domach pomocy społecznej co najmniej przez coroczną analizę składanych przez sędziów sprawozdań i publikowanie wniosków z takiej analizy dla wszystkich sędziów. Powinno się również powierzać kontrole w zakładach lecznictwa psychiatrycznego i domach pomocy społecznej różnym sędziom celem uniknięcia niebezpiecznej w tej pracy rutyny i uwikłań personalnych.

8. Słuszne wydaje się również, wobec wielu instytucji kontrolujących sferę lecznictwa i opieki psychiatrycznej, ograniczenie zakresu kontroli sędziowskich do ochrony praw człowieka, stosowania przymusu, w tym przymusowego podawania leków i zasadności przebywania tych osób w zakładach psychiatrycznych. Inne sfery należy pozostawić innym organom. Kontrola sędziowska musiałaby być wówczas bardziej wnikliwa.

### Summary

#### *Teresa Gardocka – Efficiency of judicial control of observance of rights of persons with mental disorders, staying in nursing homes and psychiatric hospitals*

*The correctness and efficiency of operation of the control mechanism are of vital importance for the situation of persons locked in psychiatric hospitals or specialized nursing homes. These persons cannot complain or their complaints do not reach the appropriate addressees, or are not treated sufficiently seriously. The news that persons treated for mental diseases or put in nursing homes due to mental dysfunctions that prevent them from living on their own suffer oppression at the hands of care and medical workers was also published in the press. But no systematic studies of facts in this respect have been conducted.*

*It was only in June 2012, that is, at the final stage of work on this article, that we saw the publication of results of the controls conducted by the Supreme Chamber of Control in psychiatric hospitals and focusing mainly on examining the observance of patients' rights in the basic scope, concerning their freedoms.*

*In this study, the writer examines the reports on controls in psychiatric hospitals and in nursing homes submitted to regional courts in 2011 and by the end of 2012. The following conclusions can be drawn:*

- 1. Judges conduct controls and prepare reports with different degrees of detail. Some reports are a page and a half or two pages long, very general and little results from them. Chief judges do not seem to attach much weight to this sphere of court activity. Virtually every report is accepted. The only questioned one was challenged by the Minister of Justice, not the chief judge.*
- 2. In their control of psychiatric hospitals and nursing homes judges do not focus on the most important issue, namely on observance of human rights in their activity. In too many cases the judge only controls documentation, has no doubts and does not delve deeper into the establishment's operations. They make no effort to really assess the attitude towards patients or residents. It was only in one case that the judge wrote that she had doubts if the establishment management were telling her the truth.*

3. *Judges controlling psychiatric hospital and nursing homes do not usually exhibit social sensitivity, which is necessary for activity of this kind. The controls are often too formal, standard, superficial.*
4. *The research material concerning a single year shows that in too many cases the rights of persons undergoing psychiatric treatment or in psychiatric care are not observed, sometimes drastically infringed.*
5. *It is worthwhile to consider whether use of direct coercion in nursing homes should be permitted, or at least whether there should be permission for using the most drastic forms of coercion – immobilization and isolation.*
6. *It is also worth considering whether forced treatment methods should be permitted in psychiatric hospitals to such a broad extent as they are now.*
7. *Situation should be monitored as regards respect for the rights of persons staying in psychiatric hospitals or nursing homes, at least through annual analysis of reports submitted by judges and publication of conclusions from such analyses for all judges. Various judges should be entrusted with the task of controlling psychiatric hospitals and nursing homes in order to avoid developing a routine or personal links, which are dangerous in this work.*
8. *It also seems justified, in view of the fact that many institutions control the sphere of psychiatric treatment and care, to limit the scope of judges' control only to protection of human rights, the use of coercion, including forced administration of medicines and the expediency of keeping such persons in psychiatric care establishments. Other spheres should be left to different bodies. Then judges' control would have to be more careful.*