

KMP.574.10.2016.PK

**Raport przedstawicieli
Krajowego Mechanizmu Prewencji z wizytacji
oddziałów psychiatrycznych Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii
w Morawicy
(wyciąg)**

1. Wstęp

Na podstawie artykułu 19 *Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania*, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192), dalej OPCAT, oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 11 - 14 lipca 2016 r., do Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii (zwanego dalej: Szpitalem, Centrum, placówką) udali się pracownicy Zespołu „Krajowy Mechanizm Prewencji” (zwanego dalej: KMP lub Mechanizmem) Przemysław Kazimirski (zastępca Dyrektora Zespołu, prawnik) oraz Marcin Kusy (prawnik). W wizytacji wzięli także udział: Joanna Koczorowska z Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego oraz Przemysław Możejko z Zespołu ds. wykonywania kar. Ponadto w charakterze eksperta z zakresu psychiatrii, w wizytacji wzięł również udział dr med. Stanisław Maciej Teleśnicki, którego wnioski zawarte w ekspertyzie zostały włączone w treść Raportu.

Celem wizytacji zapobiegawczej przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji było sprawdzenie na miejscu sposobu przestrzegania praw osób dorosłych umieszczonych w Szpitalu w ramach środka zabezpieczającego w warunkach podstawowego zabezpieczenia, o którym mowa w art. 93a § 1 ust. 4 kodeksu karnego (Dz. U. z 2016 r., poz. 1137 tekst jedn.) oraz praw osób umieszczonych w oddziałach psychiatrycznych Szpitala bez ich zgody na podstawie art. 23 ust. 1, art. 24 ust. 1, art. 28 i art. 29 ust.1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 j.t. ze zm.), poprzez ocenę ich ochrony przed torturami oraz innym niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem.

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- przeprowadzono rozmowę z Jackiem Musiałem – dyrektorem Szpitala, mgr inż. Mariolą Grzesik Z-cą dyrektora ds. Ekonomiczno-Eksploatacyjnych oraz z dr Elżbietą Płader Z-cą dyrektora ds. Lecznictwa;
- dokonano oglądu pomieszczeń 3 wizytowanych oddziałów, w tym: sal pacjentów, gabinetów lekarskich, sal terapii zajęciowej, sanitariatów i świetlic;
- przeprowadzono rozmowy indywidualne z wybranymi pacjentami;
- poddano analizie wybraną dokumentację dostępną na miejscu m.in. książki raportów pielęgniarskich, historie chorób losowo wybranych pacjentów, dokumentację stosowania środków przymusu bezpośredniego;
- zapoznano się z nagraniami stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec pacjentów oddziałów B i C.

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną i posłużono się narzędziami mierniczymi.

Pracownicy BRPO poinformowali dyrektora Szpitala oraz jego zastępców ds. ekonomiczno-eksploatacyjnych, lecznictwa oraz pielęgniarstwa, o ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności, a także wysłuchali ich uwag i wyjaśnień.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano pozostałą dokumentację związaną z funkcjonowaniem zwizytowanych oddziałów.

W przedmiocie zainteresowania przedstawiciele KMP każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: traktowanie, dyscyplinowanie, personel, prawo do informacji, prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym, prawo do ochrony zdrowia, prawo do praktyk religijnych, warunki bytowe. W niniejszym Raporcie uwzględniono jedynie te kwestie, w których pracownicy BRPO stwierdzili nieprawidłowości oraz te, które wyróżniają pozytywnie jednostkę na tle pozostałych. Ekspert KMP dokonał oceny Szpitala pod kątem legalności pobytu pacjentów przyjętych bez zgody oraz internowanych, ich leczenia oraz prowadzenia dokumentacji dotyczących tych osób.

2. Charakterystyka wizytowanych oddziałów

Środki zabezpieczające wykonywane są w wizytowanej placówce w ramach podstawowego zabezpieczenia w oddziałach realizujących jednocześnie przyjęcia pacjentów bez ich zgody (A, B i C). Łączna liczba miejsc dla pacjentów internowanych

wynosi 30. W czasie wizytacji, internowanych było 26 pacjentów – 20 w oddziale A, 4 w B i 2 w C.

Łączna pojemność oddziałów objętych wizytacją wynosi 346 miejsc (A – 122, B – 112, C – 112). W czasie wizytacji przebywało w nich łącznie 38 pacjentów przyjętych bez zgody, w tym: 21 w B, 11 w A i 6 w oddziale C.

Oddziały A i B przeznaczone są dla mężczyzn; oddział C jest oddziałem kobiecym.

3. Problemy systemowe

Monitoring wizyjny zainstalowano na parterze oddziału A oraz w izolatkach epidemiologicznych i salach obserwacyjnych znajdujących się w każdym z wizytowanych oddziałów. Kwestia umieszczania w szpitalach psychiatrycznych kamer telewizji przemysłowej stanowi problem systemowy. Wiąże się on bowiem w sposób nierozłączny z ograniczeniem konstytucyjnie chronionego prawa do prywatności określonego w art. 47 Konstytucji RP, a także w art. 8 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności przyjętej w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r. (Dz.U. 1993 nr 61 poz. 284). Monitorowanie pacjentów szpitali, jako materia wkraczająca w podstawowe wolności i prawa obywatelskie, powinna zostać uregulowana w akcie prawnym rangi ustawy.

W szczególności wskazuje na to treść art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, który stanowi, że ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw. W dniu 5 stycznia 2016 r. Rzecznik Praw Obywatelskich skierował wystąpienie generalne do Ministra Zdrowia, w którym zwrócił się z prośbą o podjęcie prac zmierzających do regulacji stosowania monitoringu w akcie prawnym rangi ustawy. Z odpowiedzi Ministra Zdrowia udzielonej w dniu 5 lutego 2016 r. wynika, że postulaty zgłoszone przez Rzecznika zostaną uwzględnione przy planowanej nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Wizytujący zwrócili również uwagę na faktyczną liczbę pacjentów oddziału B przewyższającą znacznie jego nominalną pojemność. W czasie wizytacji w oddziale tym przebywało łącznie 133 pacjentów przy jego pojemności wynoszącej 112 miejsc.

Nieco mniejsze przeludnienie panowało w oddziale A, w którym w dniu wizytacji przebywało 122 pacjentów przy pojemności określonej na 112 miejsc.

W związku z panującymi warunkami, 4 pacjentów przebywających w części obserwacyjnej oddziału B umieszczonych było na łóżkach znajdujących się na korytarzu oddziału; inni korzystali z dodatkowych łóżek znajdujących się w salach pacjentów, powodując tym samym zagęszczenie tych pomieszczeń uniemożliwiające dostęp do łóżek z 3 stron (§ 18 i 19 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. poz. 739]). Z podobną sytuacją polegającą na stosowaniu tzw. dostawek w salach pacjentów wizytujący spotkali się również w oddziale A i C.

Przedstawiciele Mechanizmu zwracają uwagę, że zakwaterowanie osób w części wspólnej jaką stanowią ciągi komunikacyjne ogranicza w sposób oczywisty ich prawo do prywatności. Zgodnie z opinią Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (dalej CPT) *stworzenie pozytywnego środowiska terapeutycznego obejmuje, w pierwszym rzędzie zapewnienie właściwej przestrzeni życiowej pacjentom (...)*. Co więcej, Komitet przywiązuje dużą wagę do wyglądu miejsc zakwaterowania pacjentów. Zgodnie ze stanowiskiem CPT, 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 (fotografie, książki, itp.). Należy także podkreślić znaczenie zapewnienia pacjentom określonego miejsca, w którym mogą przechowywać swoje rzeczy pod kluczem; brak takiego miejsca może godzić w poczucie bezpieczeństwa i autonomii u pacjenta.

Warunek zapewnienia właściwej przestrzeni życiowej przyspieszający proces zdrowienia nie można także uznać ze spełniony w przypadku zagęszczania sal pacjentów. Wizytujący zdają sobie sprawę z wymiaru problemu przeludnienia szpitali psychiatrycznych, pozostającego w dużym związku z brakiem rozwiniętej w sposób należyty opieki środowiskowej. Niemniej jednak, wypełniając swoją prewencyjną rolę w zakresie ochrony pacjentów, zwracają uwagę na ten problem jako potencjalne źródło stwierdzenia poniżającego traktowania.

4. Dobre praktyki

Wśród elementów uznanych w ocenie przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji za godne wskazania w niniejszym raporcie jako dobre praktyki znalazła się przede wszystkim działalność terapeutyczna i fizjoterapeutyczna adresowana do pacjentów Szpitala. Wizytujący uznają, że stanowią one zdecydowanie mocą stronę placówki, zarówno jeśli chodzi o zakres stosowanych oddziaływań, jak i zaplecze lokalowo-sprzętowe, którym dysponują.

Zajęcia terapeutyczne dostępne są dla pacjentów Szpitala od poniedziałku do soboty, w formie oddziałowej jak i międzyoddziałowej. Wśród zajęć organizowanych w ramach oddziałowych pracowni terapeutycznych wymienić należy: zajęcia plastyczne, terapię poprzez rozrywkę, arteterapię, umiejętność samoobsługi, elementy hortiterapii (uprawa i pielęgnowanie roślin), Nordic Walking. Analizując gamę zajęć międzyoddziałowych wskazać należy na gałąź muzykoterapii oraz realizowane m.in. w jej ramach: mobilną rekreację muzyczną, trening relaksacyjny, rysunek inspirowany muzyką, animację muzyczną czy techniki kierowanej wyobraźni. Poza muzykoterapią dla pacjentów Szpitala dostępna jest również choreoterapia (terapia przez taniec), biblioterapia oraz terapia rzemieślnicza (elementy krawiectwa, wykonywanie patchworków, produkcja kopert). Uzupełnienie gamy zajęć adresowanych do pacjentów placówki stanowi oferta Klubu pacjenta, w ramach której organizowane są m.in. spotkania z ciekawymi ludźmi, gry strategiczne, rozgrywki sportowe, spotkania „Przy kawie, herbacie i muzyce” (forma dyskusji), zajęcia ruchowo-rekreacyjne w budynku i na świeżym powietrzu (grill, ogniska, wspólne śpiewanie), organizacja kiermaszów świątecznych. Ponadto w Szpitalu działa Klub filmowy; organizowane są zajęcia fotograficzne oraz teatralne. Na podkreślenie zasługuje również jedna z form zajęć muzyczno – ruchowych jaką stanowi pilates. Pozwala on na wzmocnienie mięśni bez ich nadmiernego rozbudowania, odciążenie kręgosłupa, poprawę postawy, uelastycznienie ciała, obniżenie poziomu stresu oraz ogólną poprawę zdrowia osób ćwiczących

Dział Fizjoterapii składa się z gabinetu fizjoterapii wykonującego elektroterapię, laseroterapię oraz hydroterapię; gabinetu kinezyterapii; gabinetu masażu oraz sali rehabilitacji psychogeriatrycznej. Podkreślenia wymaga szczególnie funkcjonowanie tej

ostatniej, stanowiącej świetne zaplecze sprzętowe dla oddziału psychogeriatrycznego funkcjonującego w ramach Centrum.

Niemniej godna polecenia, jako praktyka warta naśladowania przez inne szpitale, jest procedura postępowania z pacjentami będącymi ofiarami przemocy domowej. W wizytowanej placówce funkcjonuje ona pod nazwą „Niebieskie karty”, a jej cel stanowią: ułatwienie rozpoznania przemocy w rodzinie, rejestracji przebiegu zdarzenia i jego skutków oraz zaplanowaniu pomocy; zapewnienie bezpieczeństwa ofiarom przemocy oraz uruchomienie działań podnoszących stan bezpieczeństwa ofiar przemocy. Realizując postanowienia procedury, przedstawiciel Centrum udziela każdorazowo informacji osobie podejrzanej o bycie ofiarą przemocy w rodzinie na temat możliwości uzyskania pomocy i wsparcia oraz uprawnienia do uzyskania bezpłatnego zaświadczenia lekarskiego o ustaleniu przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie. Kopia Niebieskiej karty wypełnianej przez Centrum, lub inny szpital (jeśli stwierdzone obrażenia wymagają badań specjalistycznych) przekazywana jest do zespołu funkcjonującego na terenie każdej gminy realizującego zadania wynikające z gminnego programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Wreszcie, na uwagę zasługuje stworzenie sali obserwacyjnej w kompleksie izby przyjęć, która sprawdza się doskonale jeśli chodzi np. o pacjentów pozostających pod stałym nadzorem funkcjonariuszy Policji. Z doświadczenia władz Szpitala związanego z reakcjami pacjentów oddziałów szpitalnych na widok funkcjonariuszy Policji pilnujących pacjenta przebywającego w sali oddziałowej wynika, że obecność stróża prawa, szczególnie w mundurze stanowi niejednokrotnie czynnik powodujący silne pobudzenie psychofizyczne u innych pacjentów prowadząc w konsekwencji do zagrożenia bezpieczeństwa w oddziale. Dzięki dodatkowej sali obserwacyjnej zlokalizowanej poza całodobowymi oddziałami szpitalnymi, możliwe jest wykonywanie nadzoru nad pacjentem przez funkcjonariuszy Policji, w sposób zupełnie nieinwazyjny w odniesieniu do innych hospitalizowanych osób.

5. Nieprawidłowości stwierdzone podczas wizytacji

a) Legalność pobytu

Analiza wybranej losowo dokumentacji prawnej pod kątem legalności pobytu osób internowanych oraz przyjętych bez zgody nie wykazała nieprawidłowości w zakresie podstaw prawnych warunkujących umieszczenie w Szpitalu (postanowienia sądu).

Niemniej jednak, wizytujący zwrócili uwagę na częstotliwość wydawania przez sądy postanowień dotyczących dalszego stosowania środka zabezpieczającego. W historiach chorób niektórych z tych pacjentów, zdarzały się sytuacje, w których 6-miesięczny termin na sporządzenie postanowień sądu był przekraczany. Tytułem przykładu wskazać należy na dokumentację następujących pacjentów internowanych:

1. (*dane usunięto*) (A) – postanowienie sądu o przedłużeniu internacji z dnia 29.01.2013 r. kolejne – 3.09.2013 r.; postanowienie z dnia 12.02.2015 r., kolejne – 15.09.2015 r.
2. (*dane usunięto*) (A) – postanowienie sądu z dnia 18.02.2011 r., kolejne – 13.09.2011 r.; postanowienie sądu z dnia 14.01.2013 r., kolejne – 23.08.2013 r.
3. (*dane usunięto*) (A) – postanowienie sądu z dnia 30.04.2015 r., kolejne – 9.12.2015 r.;
4. (*dane usunięto*) (A) – postanowienie sądu z dnia 13.01.2015 r., kolejne – 1.09.2015 r.

Ponadto wizytujący zwrócili uwagę, że w aktach pacjenta internowanego (*dane usunięto*) (A) znajduje się opinia z dnia 26.04.2016 r., zgodnie z którą, dalsze stosowanie środka zabezpieczającego nie jest konieczne. W czasie wizytacji, w dokumentacji pacjenta brak było postanowienia sądu stanowiącego reakcję na przedmiotową opinię. W związku z tym, przedstawiciele Mechanizmu zwracają się do ordynatora oddziału A z pytaniem, czy sąd zajął stanowisko w sprawie wydanej opinii.

b) Traktowanie

Analiza treści regulaminów obowiązujących w oddziale B i C nasuwają zasadniczą wątpliwość w kwestii wyartykułowanego w nich obowiązku uczestnictwa pacjentów w cotygodniowych zebraniach oddziałowej społeczności. Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji stoją na stanowisku, że jakakolwiek forma nacisku wywierana na pacjentów związana z ich aktywizacją społeczną i terapeutyczną w trakcie hospitalizacji poza tym, że jest niedopuszczalna w świetle obowiązującego prawa, może powodować w praktyce efekt zupełnie inny od zamierzonego w postaci ostentacyjnego odmawiania brania udziału w tego typu aktywnościach. Dlatego też, wizytujący zalecają wykreślenie z regulaminów oddziałów B i C obowiązkowego uczestnictwa pacjentów w społecznościach. Dobry przykład regulacji udziału w społecznościach stanowi treść regulaminu oddziału A, w której ta kwestia ujęta została jako jedno z praw pacjentów.

Zapoznanie się z wybranymi nagraniami ze stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec pacjentów oddziału B i C prowadzi do wspólnego wniosku, że co do zasady osoby poddawane przymusowi bezpośredniemu w postaci unieruchomienia, na czas jego trwania zaopatrywane są przez personel w pieluchomajtki, które w czasie trwania przymusu są wymieniane. Jediną różnicą w traktowaniu pacjentki z oddziału C (*dane usunięto*; przymus 4 – 6.07.2016 r.) zaobserwowaną podczas analizy nagrań, stanowi jej trzykrotne, całkowite zwolnienie w celu załatwienia potrzeb fizjologicznych w toalecie. Pacjent z oddziału B (*dane usunięto*; przymus 11 – 13.07.2016 r.) przez cały okres stosowania przymusu nie został zwolniony do toalety (personel wymieniał systematycznie pieluchomajtki). Przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji podkreślają, że takie rozwiązanie w ich ocenie powinno być ostatecznością i mieć charakter wyłącznie pomocniczy. Wizytujący zdają sobie sprawę, że stosowanie unieruchomienia może być niekiedy konieczne w celu zapewnienia bezpieczeństwa samego pacjenta i innych osób, lecz czynność ta musi być jednakże przeprowadzona w odpowiedni, zgodny z przepisami prawa sposób i poddana stałemu nadzorowi. Należy mieć też na względzie, że stosowanie długotrwałego unieruchomienia, jest czynnością ingerująca bezpośrednio w wolność człowieka oraz jego poczucie godności. Personel powinien zatem podjąć wszystkie rozsądne wysiłki w celu ewentualnego zminimalizowania poczucia upokorzenia, czy zażenowania osoby wobec której są stosowane.

Drugi wniosek wynikający z analizy udostępnionych nagrań dotyczy zagwarantowania poszanowania godności pacjentów poddanych przymusowi bezpośredniemu w salach wieloosobowych. Obowiązek ten wynika w sposób jednoznaczny z treści § 7 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. z 2012 r., poz. 740; dalej: rozporządzenie). Oba przypadki poddane analizie dotyczyły stosowania przymusu w monitorowanych salach obserwacyjnych. W przypadku pacjentki (*dane usunięto*), przez cały okres stosowania unieruchomienia pozostawała ona sama w sali. Inaczej wyglądała sytuacja unieruchomienia pacjenta (*dane usunięto*). Początkowo przebywał on w sali obserwacyjnej sam, lecz w dniu 11 lipca br. o godz. 15.30, na drugim łóżku w sali unieruchomiony został inny pacjent. Pomimo obecności drugiej osoby, personel nie zastosował parawanu warunkującego poszanowanie godności w

trakcie stosowania unieruchomień. Parawan został jednakże wniesiony w dniu następnym tj. 12 lipca o godzinie 8.08, a następnie usunięty o godz. 13.33. Pomimo obecności drugiego pacjenta w sali, nie skorzystano z niego do końca stosowania przymusu wobec pacjenta (*dane usunięto*) (13.07 godz. 11.00).

Pracownicy KMP domniemują, że decyzja o użyciu parawanu nastąpiła w związku z ich obecnością w oddziale (II dzień wizytacji), ponieważ ustawiono go w sali na godzinę przed jej wizytacją przez przedstawicieli Mechanizmu. W związku z tym, przedstawiciele KMP zalecają konieczność respektowania w praktyce godności pacjentów w szczególności w sytuacjach, w których poddawani są oni nadzwyczajnym środkiem oddziaływania (przymus bezpośredni). Korzystanie z takich środków w warunkach nie gwarantujących poszanowania godności pacjentów im poddawanych stanowi przejaw ich poniżającego traktowania.

c) Prawo do ochrony zdrowia

Analizując wybrane historie chorób pacjentów, ekspert Krajowego Mechanizmu Prewencji zwrócił uwagę na sytuację jednego z pacjentów przebywającego w oddziale A (*dane usunięto*) przyjętego do Szpitala bez zgody w dniu 4 stycznia br. W związku z jego zachowaniem w oddziale (agresja wobec otoczenia, autoagresja, niszczenie sprzętu i wyposażenia sali) pacjent ten poddawany jest systematycznie przymusowi bezpośredniemu w postaci unieruchomienia. Mężczyzna wykazuje ponadto wyraźną lekoodporność. Stosowanie przymusu jest przerywane na czas spożywania posiłków oraz załatwiania potrzeb fizjologicznych. Z uwagi na niepełnosprawność intelektualną, mężczyzna nie kontaktuje się werbalnie z personelem; spełnia jedynie proste polecenia pomagające zaspokoić jego podstawowe potrzeby fizjologiczne. Próby zwolnienia go z pasów kończą się zawsze silnym pobudzeniem psychofizycznym. W ocenie eksperta, agresywne zachowanie tego pacjenta skutkujące każdorazowo stosowaniem przymusu bezpośredniego, związane jest z jego znacznym upośledzeniem umysłowym decydującym o utrwalaniu stereotypów jego zachowania. Zdaniem eksperta, pożądanym dla poprawy stanu zdrowia pacjenta, byłoby jego przeniesienie do innego szpitala. W jego ocenie, zmiana środowiska, w którym przebywa pacjent może zadecydować o poprawie jego stanu. Wizytujący zwracają się w tym miejscu do władz szpitala z prośbą o odniesienie się do opisanego przypadku oraz wskazanie jakie działania zostały podjęte lub są planowane.

d) Kontakt ze światem zewnętrznym

Wśród informacji wyeksponowanych na tablicach ogłoszeń znajdujących się w wizytowanych oddziałach, znajduje się zakaz używania telefonów komórkowych wyposażonych w aparat. Zakaz tej treści znajduje się także w przekazanym wizytującym dokumencie pt. „*Obowiązki pacjenta Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy*”. Mając na uwadze obecny rozwój telefonii komórkowej, dostarczającej coraz bardziej zaawansowanych technologicznie urządzeń, trudno w ocenie wizytujących oczekiwać od pacjentów szpitali, że zdobędą modele telefonów pozbawione aparatów fotograficznych. Z informacji przekazanych przedstawicielom KMP przez dyrektora ds. lecznictwa wynika, że obowiązujący w oddziałach zakaz jest w praktyce niespektowany. Pacjenci korzystają z telefonów wyposażonych w aparaty, a personel zwraca uwagę, na to by nie rejestrowali za ich pomocą innych pacjentów. Mając powyższe na uwadze wizytujący zalecają rezygnację z obowiązującego zakazu i wprowadzenie w jego miejsce zakazu utrwalania przez pacjentów wizerunku innych osób przebywających w oddziale.

e) Prawo do informacji

Mimo licznych informacji udostępnianych na tablicach ogłoszeń, pracownicy BRPO zwracają uwagę, że pacjenci powinni mieć stały, nieograniczony dostęp także do adresów instytucji stojących na straży praw człowieka m.in. Biura Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii 0 800 676 676), sądu rodzinnego i penitencjarnego, czy Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.

f) Sytuacja pacjentów z niepełnosprawnościami

Wizytowane oddziały nie są w pełni dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich. Zastrzeżenia wizytujących w tej materii dotyczyły między innymi zbyt wysokiego usytuowania włączników światła, klamek, luster oraz tablic informacyjnych.

W celu lepszego dostosowania istniejącej w oddziałach infrastruktury do potrzeb pacjentów z niepełnosprawnościami pożądanym byłoby dokonanie przeglądu pomieszczeń, z których mogą korzystać takie osoby oraz spełnienie następujących standardów:

- a) szerokość drzwi nie mniejsza niż 90 cm,
- b) progi do wysokości 2 cm (pożądany byłby brak progów),
- c) wysokość klamek, włączników światła, przycisków itp.- 90-120 cm,
- d) przestrzeń manewrowa – 150 cm x 150 cm,
- e) w sanitariatach - brodzik nie posiadający progu lub do 2 cm wysokości,
- f) wysokość muszli ustępowej powinna oscylować między 45 a 55 cm,
- g) poręcz przy muszli ustępowej zainstalowana w odległości 40 cm od osi muszli do osi poręczy, na wysokości 70-85 cm (mierzone od wierzchu górnej poręczy),
- h) umywalka na wysokości 85 cm – górna krawędź i 70 cm – dolna krawędź z możliwością podjazdu wózkiem,
- i) lustro w łazienkach zawieszane na wysokości do 100 cm od posadzki (dolna krawędź; pożądanym byłoby lustro umożliwiające ich pochylanie),
- j) stosowanie baterii jednouchwytowych z wydłużoną rączką lub na fotokomórkę, ułatwiającą korzystanie z nich osobom z niedowładem kończyn górnych,
- k) uchwyt do papieru umieszczony na wysokości do 120 cm,
- l) w jadalni wysokość stołu powinna oscylować między 67-80 cm (miejsce na nogi osoby siedzącej na wózku powinno wynosić min. 30 cm),
- m) tablice informacyjne powinny znajdować się na wysokości od 80 cm (dolna krawędź) do 180 cm (górna krawędź)

Powyższe standardy zostały opracowane we współpracy Krajowego Mechanizmu Prewencji z *Fundacją Polska Bez Barrier* i uznane za optymalne z punktu widzenia potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Przedstawiciele KMP podkreślają, że zgodnie z przyjętą w dniu 1 sierpnia 1997 roku przez Sejm RP *Kartą Praw Osób Niepełnosprawnych* (M. P. z 1997 r. Nr 50, poz. 475), osoby niepełnosprawne mają prawo życia w środowisku wolnym od barier funkcjonalnych. Nadto Polska w dniu 6 września 2012 roku ratyfikowała przyjętą w dniu 13 grudnia 2006 roku przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych *Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych* (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169). Zgodnie z jej treścią należy umożliwić osobom niepełnosprawnym niezależne życie i pełny udział we wszystkich jego sferach. Zarówno wymieniona Karta, jak i Konwencja dotyczą również osób pozbawionych wolności oraz środowiska stworzonego w miejscu ich osadzenia. W związku z powyższym przedstawiciele KMP rekomendują dokonanie przeglądu pomieszczeń, z których mogą

korzystać osoby z niepełnosprawnościami i dostosowanie pomieszczeń, zgodnie ze wskazanymi wyżej standardami, podczas najbliższego remontu oddziałów.

6. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji zalecają dyrektorowi Szpitala:

1. wyjaśnienie wątpliwości dotyczących dalszej internacji pacjenta (*dane usunięto*) opisanych w p. 5a *in fine* Raportu;
2. odniesienie się do wątpliwości dotyczących pacjenta (*dane usunięto*), którego sytuacja opisana została w p. 5c Raportu;
3. wykorzystywanie parawanów w trakcie stosowania przymusu w postaci unieruchomienia pacjentów w salach wieloosobowych oraz stosowanie pieluchomajtek jako ostateczności związanej z brakiem możliwości zwolnienia pacjenta do toalety w celu załatwienia potrzeb fizjologicznych (p. 5b Raportu);
4. rezygnację z zakazu używania przez pacjentów telefonów komórkowych z funkcją rejestracji obrazu i dźwięku i wprowadzenie zakazu rejestrowania dźwięku i obrazu (p. 5d Raportu);
5. uzupełnienie informacji dostępnych na tablicach informacyjnych o dane teleadresowe instytucji wymienionych w p. 5e Raportu;
6. weryfikację istniejącego dostosowania oddziałów do potrzeb osób z niepełnosprawnościami zgodnie ze standardami opisanymi w p. 5f Raportu;
7. pełne dostosowanie oddziałów do potrzeb osób z niepełnosprawnościami przy okazji ich najbliższych remontów.