

KMP.574.16.2017.PK

**Raport przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Oddziału psychiatrycznego
Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II
w Elblągu**

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), zwanym dalej: OPCAT, oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 25-26 września 2017 r. do Oddziału psychiatrycznego Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu udali się przedstawiciele Zespołu „Krajowy Mechanizm Prewencji” (dalej: KMPT, Mechanizm): Przemysław Kazimirski – zastępca dyrektora Zespołu, Klaudia Kamińska, Marcin Kusy (prawnicy), Łukasz Musiałkowski (pedagog resocjalizacyjny).

Celem wizytacji zapobiegawczej przedstawicieli KMPT było sprawdzenie na miejscu sposobu przestrzegania praw osób umieszczonych w oddziale psychiatrycznym (dalej: Oddział), poprzez dokonanie oceny pod względem ich ochrony przed torturami oraz innym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem. Reprezentanci Mechanizmu interesowali się szczególnie traktowaniem pacjentów przebywających w Oddziale bez 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 (tekst jedn.: Dz. U. z 2017 r., poz. 882), dalej: u.o.z.p.

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- przeprowadzono rozmowę z lek. med. Mirosławem Gorbaczewskim – dyrektorem szpitala oraz z lek. med. Jackiem Wójcikiem – zastępcą dyrektora ds. leczenia;
- dokonano oglądu pomieszczeń, w tym m.in.: sal pacjentów, sanitariatów, sal terapii;
- w toku oglądu przeprowadzono rozmowy z pracownikami Oddziału;

- przeprowadzono rozmowy indywidualne z wybranymi pacjentami;
- poddano analizie wybraną dokumentację.

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną. Pracownicy BRPO poinformowali dyrektora, zastępców, ordynatora oraz pielęgniarkę oddziałową o ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności, a także wysłuchali ich uwag i wyjaśnień.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano wybraną dokumentację związaną z funkcjonowaniem Oddziału.

W przedmiocie zainteresowania przedstawicieli KMPT 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. W raporcie przedstawiono również problemy o charakterze systemowym, wymagające stosownych zmian obowiązującego prawa.

2. Charakterystyka oddziału

Oddział psychiatrii jest zlokalizowany w ramach Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej – Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu, przy ul. J.A. Komeńskiego 35. Organem sprawującym nadzór jest Prezydent Miasta Elbląg. Oddział, podzielony na 3 pododdziały, przeznaczony jest dla dorosłych kobiet i mężczyzn. Przyjęcia pacjentów odbywają się za pośrednictwem odrębnej izby przyjęć.

W dniu wizytacji kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia obejmował 110 łóżek ogólnopsychiatrycznych, w tym 15 łóżek w pododdziale detoksykacji. W dniu wizytacji na Oddziale przebywało 93 pacjentów. Stan ten nie wymagał organizowania miejsc dla chorych na korytarzu, niemniej jednak personel poinformował KMPT, że jest to częsta praktyka.

3. Problemy systemowe

a) Monitoring wizyjny

W wizytowanej placówce tę formę nadzoru wykorzystano w salach obserwacyjnych. 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 zostały przyjęte jako zasadne. Niestety, wersja ustawy przyjętej przez Sejm na posiedzeniu w dniu 24 listopada 2017 r. zawiera regulacje dotyczące stosowania monitoringu wizyjnego jedynie w odniesieniu do pomieszczeń, w których stosowany jest przymus bezpośredni (art. 18 e)¹. Ustawa oczekuje obecnie na podpis Prezydenta.

b) Instalacja przyzywowa

Jednym z elementów ochrony praw osób pozbawionych wolności, weryfikowanym każdorazowo przez KMPT w trakcie wizytacji miejsc detencji, jest ich bezpieczeństwo. Przedstawiciele Mechanizmu zwrócili uwagę na brak instalacji przyzywowej w wizytowanym Oddziale, której istnienie jest nie do przecenienia, jeśli chodzi o bezpieczeństwo pacjentów. Ujawniony brak jest tym bardziej niezrozumiały, że korzystanie z instalacji stanowi jedno z uprawnień pacjentów zawarte w punkcie 17 Regulaminu Oddziału, cyt.: *W oddziałach funkcjonuje instalacja przyzywowa (dzwonki) prosimy o korzystanie w sytuacjach pilnych, wymagających interwencji personelu medycznego*. Ujawniony w trakcie wizytacji brak wspomnianej instalacji, czyni tym samym wskazane uprawnienie bezprzedmiotowym.

W ocenie KMPT, sprawnie funkcjonująca i łatwo dostępna dla każdego z pacjentów instalacja przyzywowa zapewnia im należyte bezpieczeństwo. Umożliwia ona szybką interwencję personelu medycznego w sytuacjach kryzysowych związanych z nagłymi zapaściami zdrowotnymi pacjentów. W ocenie reprezentantów KMPT przyciski alarmowo-przyzywowe powinny być dostępne we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez chorych (łazienki, pokoje łóżkowe, pomieszczenia jednoosobowe do wykonywania przymusu

¹ <http://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=1847>

bezpośredniego m.in. w postaci izolacji). Artykuł 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417) stanowi, że pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r., poz. 739) nie stawia jednak wymogu, aby w oddziałach szpitala (w tym – w wizytowanych przez KMPT oddziałach psychiatrycznych) była zamontowana sygnalizacja alarmowo-przyzywowa, dostępna z pokoi pacjentów, łazienek czy innych pomieszczeń przez nich użytkowanych. Zgodnie zaś z § 192a rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r., poz. 1422), mieszkania w budynku mieszkalnym wielorodzinnym i odrębne mieszkania w budynku zamieszkania zbiorowego należy wyposażyć w instalację wejściowej sygnalizacji dzwonekowej oraz w odpowiednią sygnalizację alarmowo-przyzywową dostosowaną do potrzeb osób niepełnosprawnych. Ten wymóg prawny został wprowadzony w 2012 r. i przedstawiony w Informacji Rządu Rzeczypospolitej Polskiej o działaniach podejmowanych w 2012 roku na rzecz realizacji postanowień uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych jako jeden z elementów realizacji postanowień Karty. KMPT uważa, że montaż sygnalizacji alarmowo-przyzywowej w oddziałach szpitalnych stanowi jedną z gwarancji zapewnienia bezpieczeństwa ich pacjentom. Dostrzegając powyższy brak w przepisach, Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się do Ministra Zdrowia o rozważenie podjęcia działań legislacyjnych polegających na wprowadzeniu stosowanego wymogu w obowiązujących przepisach. W odpowiedzi z dnia 9 sierpnia 2017 r. Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia poinformował Rzecznika, iż jego zdaniem wprowadzenie zaproponowanych zmian jest niezasadne, z uwagi na fakt, że pacjenci szpitalnych oddziałów psychiatrycznych są sprawni fizycznie. Sprawa pozostaje w zainteresowaniu Rzecznika Praw Obywatelskich.

4. Nieprawidłowości stwierdzone podczas wizytacji

a) Legalność pobytu

Wizytujący zwrócili uwagę, iż o przyjęciu pacjenta do Oddziału, bez jego zgody, z reguły decyduje tylko jeden lekarz, nie zasięgając opinii drugiego lekarza psychiatrii lub

psychologa. Co prawda art. 23 ust. 2 u.o.z.p stanowi o korzystaniu w miarę możliwości z opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa, jednakże w wizytowanej placówce istnieje taka możliwość w związku z organizacją pracy lekarzy psychiatrów (w dni powszednie w godzinach 8–15 dostępnych jest dwóch lekarzy psychiatrów). W ocenie przedstawicieli KMPT opinia taka stanowi dodatkowe zabezpieczenie pacjenta przed ewentualną pomyłką lekarską, a jej zasięganie powinno być standardem. Należy mieć bowiem na względzie, że przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody stanowi głęboką ingerencję w podstawowe wolności człowieka. W takim przypadku organy władzy publicznej powinny dołożyć wszelkich starań w zakresie zapobiegania ewentualnym pomyłkom w ocenie przesłanek uzasadniających pobyt. Warto w tym miejscu odwołać się do standardów Europejskiego Komitetu ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (dalej: CPT), który wskazał, że osoby chore psychicznie i niepełnosprawne umysłowo, z racji swojej wrażliwości wymagają znacznej uwagi, tak aby uniknąć wszelkich działań, czy też nie dopuścić się zaniechania, na ich szkodę.

Uwagę KMPT zwróciła sytuacja jednego z pacjentów, który przebywał w oddziale od dnia 31 sierpnia 2016 r. Mężczyzna z powodu niepełnosprawności intelektualnej wymaga całodobowej opieki. Z analizy dokumentacji pacjenta wynika, że z początkiem 2017 r. władze szpitala podjęły starania zmierzające do umieszczenia go w domu pomocy społecznej o profilu odpowiadającym jego niepełnosprawności, lecz do czasu zakończenia wizytacji nie udało się znaleźć miejsca w takiej placówce.

Z informacji telefonicznej uzyskanej po zakończeniu wizytacji przez pracownika KMPT od pielęgniarki z Oddziału wynika, że mężczyzna został umieszczony w Domu pomocy społecznej dla osób z niepełnosprawnością intelektualną w Wyrębach Wielkich.

b) Stosowanie przymusu bezpośredniego

Przymus bezpośredni stosowany jest na Oddziale w formie unieruchomienia za pomocą pasów. Oddział nie dysponuje salą izolacyjną wykorzystywaną jako forma przymusu bezpośredniego. Znajduje się w nim pomieszczeniem jednoosobowe, w którym możliwe byłoby stosowanie unieruchomienia, jednakże stosowanie przymusu bezpośredniego w tej postaci wykonywane jest w salach ogólnych (przy zastosowaniu parawanu). Zauważyć w tym miejscu należy, iż przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia zasadniczo powinien być stosowany w pomieszczeniu jednoosobowym, na co wskazuje § 7 ust. 1 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), zwanego dalej rozporządzeniem. Zgodnie z § 7 ust. 2 w przypadku braku możliwości umieszczenia osoby z zaburzeniami psychicznymi w pomieszczeniu jednoosobowym przymus bezpośredni w formie unieruchomienia jest stosowany w sposób umożliwiający oddzielenie tej osoby od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu oraz zapewniający poszanowanie jej godności i intymności, w szczególności przez wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych bez obecności innych osób.

W trakcie rozmowy wstępnej z zastępcą dyrektora szpitala ds. leczenia oraz z personelem Oddziału, wizytujący zostali poinformowani o zdarzających się przypadkach asysty funkcjonariuszy Policji przy stosowaniu przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia za pomocą pasów. Analiza stosownej dokumentacji potwierdziła te informacje. Co więcej, w niektórych kartach zastosowania przymusu bezpośredniego, funkcjonariusze wpisywani byli jako osoby biorące udział w stosowaniu takich środków oddziaływania (dane usunięto).

W ocenie eksperta z zakresu psychiatrii, z którą współpracuje Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur, powyższa praktyka jest wysoce niewłaściwa z terapeutycznego punktu widzenia. W oddziale psychiatrycznym powinny być stworzone warunki bezpieczeństwa, natomiast umundurowany funkcjonariusz Policji, z bronią, jest postrzegany przez pacjentów jako organ represji. Jego pojawienie się wzbudza poczucie zagrożenia, represyjności. Nie do przecenienia jest także kwestia bezpieczeństwa. W tego typu sytuacjach istnieje bowiem ryzyko wyrwania broni posiadanej przez funkcjonariuszy przez któregoś z pacjentów, co stwarza realne zagrożenie dla zdrowia i życia osób przebywających na oddziale.

Opisaną praktykę poddaje również krytyce CPT, który wskazuje, że placówki opieki psychiatrycznej powinny dysponować wystarczającą liczbą właściwie wyszkolonych pracowników do podejmowania interwencji w sytuacji pobudzenia pacjentów².

W ocenie Mechanizmu, w sytuacjach, w których szpital dysponuje wystarczającą do zastosowania przymusu bezpośredniego liczbą własnego personelu, funkcjonariusze Policji nie powinni być wykorzystywani do pomocy w tym zakresie. Przedstawiciele KMPT będą w dalszym ciągu monitorować opisaną kwestię. Zwracają się jednocześnie do dyrekcji szpitala z prośbą o wskazanie przyczyn uzasadniających stosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjentów oddziału przez funkcjonariuszy Policji, we wskazanych wyżej przypadkach.

² Raport CPT z wizyty w Holandii, CPT/Inf (2017) 1, § 138; Raport CPT z wizyty w Czechach, CPT/Inf (2015) 18, § 168; Raport CPT z wizyty w Danii, CPT/Inf (2014) 25, § 127; Raport CPT z wizyty w Islandii, CPT/Inf (2013) 37, § 81.

Analiza dokumentacji z zastosowania środków przymusu bezpośredniego wykazała, iż w przypadku konieczności zastosowania unieruchomienia nie zawsze uczestniczy w tym 5 osób. Tymczasem do sprawnego i bezpiecznego przeprowadzenia zastosowania przymusu bezpośredniego w tej formie, jest to niezbędna liczba osób (po jednej osobie dla zabezpieczenia kończyn, jedna osoba zabezpiecza głowę). Warto wspomnieć, że jest to też zgodne z uzasadnieniem rozporządzenia w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego, cyt.: *Efektywne i bezpieczne zastosowanie przymusu bezpośredniego, tj. samo jego wykonanie, wobec silnej i sprawnej fizycznie osoby wymaga udziału 5 osób*. W wizytowanym Oddziale, stosowanie przymusu w postaci unieruchomienia wykonywane jest najczęściej przez 3 osoby z personelu (dane usunięto).

Ponadto, w przypadku pacjenta (dane usunięto), wobec którego stosowano przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia za pomocą pasów w dniach 14-18 września 2017 r., brakowało wskazania z imienia i nazwiska osób biorących udział w tej czynności (ratownicy medyczni byli wskazani jako podmiot zbiorowy). Podobne braki ujawniono w dokumentacji innych pacjentów (dane usunięto).

Co więcej, w niektórych kartach zastosowania unieruchomienia (dane usunięto) brakuje adnotacji o zasięgnięciu opinii innego lekarza psychiatry po 16-tu godzinach zabezpieczenia, co jest niezgodne z treścią § 4 ust. 5 rozporządzenia.

Wobec powyższego, wizytujący zalecają stosowanie oraz dokumentowanie zastosowania przymusu bezpośredniego zgodnie z wymogami przywołanego wyżej rozporządzenia.

5. Warunki bytowe

Wizytowany Oddział psychiatryczny zlokalizowany jest w części szpitala położonej przy ul. Komeńskiego. Znajdujące się w niej budynki pochodzą z początku XX wieku. Dyrektor szpitala poinformował przedstawicieli KMPT o remoncie całego szpitala planowanym na rok 2018. Całość inwestycji szacowana jest na blisko 40 mln. zł. Tak duży remont będzie wiązał się w praktyce z koniecznością czasowego przeniesienia pacjentów Oddziału do innego budynku znajdującego się w sąsiedniej części placówki położonej przy ul. Żeromskiego. Pracownicy KMPT doceniają starania dyrekcji szpitala zmierzające do podniesienia standardów socjalno-bytowych oferowanych pacjentom szpitala. Mają jednocześnie nadzieję, że mankamenty w tej sferze, na które zwrócili uwagę w trakcie wizytacji Oddziału, zostaną usunięte w miarę możliwości przed remontem generalnym. Wśród uwag dotyczących warunków wskazać należy:

- a. brak papieru toaletowego oraz mydła w toaletach dla pacjentów,
- b. przezroczystą szybę zamontowaną w drzwiach jednej z toalet dla kobiet. Takie rozwiązanie nie zapewnia należytej intymności osobie korzystającej z ustępu. Podczas roboczego podsumowania wizytacji, dyrektor zapewnił wizytujących o niezwłocznym wyeliminowaniu tego mankamentu,
- c. natryski dla pacjentów wymagają remontu; w jednej z kabin uchwyt utrzymujący zasłonę jest oderwany wraz z kawałkiem ściany,
- d. w większości kabin prysznicowych Oddziału zdemontowane były słuchawki prysznicowe. Powodem demontażu była analiza wody dostępnej w szpitalu przeprowadzona przez Warmińsko-Mazurski Państwowy Wojewódzki Inspektorat Sanitarny, w wyniku której wykryto w niej obecność bakterii z rodzaju Legionella. Najłatwiejszym sposobem przenoszenia jej do organizmów ludzkich jest wdychanie przez pacjentów oparów ciepłej wody wydobywających się ze słuchawek prysznicowych w trakcie korzystania z natrysków. W związku z tym, do czasu wyeliminowania bakterii z wody dostępnej w szpitalu, prysznice zostały pozbawione słuchawek, w celu uniknięcia rozprzestrzeniania się bakterii na pacjentów,
- e. w salach dla pacjentów panowała ciasnota (np. w salach 258, 257 na jednego pacjenta przypadało 4 m²; w salach 85, 86 – 3,46 m²). Brakowało w nich dostępu do łóżek z trzech stron. Niektóre łóżka w salach znajdowały się w bardzo bliskiej odległości od umywalek zainstalowanych w salach chorych, na co skarżyli się pacjenci, ochlapywani przy każdym odkręceniu wody. Zbyt duża liczba pacjentów w pokojach negatywnie wpływa na proces leczenia, powodując napięcia między pacjentami związane z zagęszczeniem tych pomieszczeń,
- f. zespół wizytujący zwrócił uwagę na brak zasłonek w oknach pododdziału III, których duża powierzchnia powoduje łatwe nagrzewanie sal dla pacjentów. W rozmowie z pacjentami wizytujący otrzymali informacje, że jest to bardzo uciążliwe podczas dużego nasłonecznienia, a także w nocy kiedy lampa oświetlająca teren szpitala utrudnia zasypianie. W niektórych salach były zawieszane prowizoryczne zasłonki wykonane z jednorazowych prześcieradeł przez pacjentów. Podczas rozmowy podsumowującej, dyrektor szpitala zobowiązał się do wyeliminowania tego problemu,

- g. w salach pododdziału I i II nie było szaf na ubrania, ani żadnego innego miejsca przeznaczonego na przechowywanie ubrań.

6. Sytuacja pacjentów z niepełnosprawnościami

W czasie wizytacji Oddziału nie przebywał w nim żaden pacjent z niepełnosprawnością fizyczną. Oddział nie jest jednakże właściwie przystosowany do potrzeb takich pacjentów (tylko jedna z toalet posiadała uchwyty do podtrzymania oraz prysznic z brodzikiem bezprogowym). W celu pełnego dostosowania istniejącej infrastruktury do potrzeb pacjentów z niepełnosprawnością ruchową, pożądane byłoby zastosowanie podczas najbliższego remontu Oddziału 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) lustra w łazienkach zawieszane na wysokości do 100 cm od posadzki (dolna krawędź; pożądane byłoby lustra 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
- ł) 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 Tortur z Fundacją Polska Bez Barrier i uznane za optymalne z punktu widzenia potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Przedstawiciele KMPT 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. Ponadto 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 KMPT rekomendują dokonanie przeglądu pomieszczeń, z których mogą korzystać osoby z niepełnosprawnościami i dostosowanie pomieszczeń, zgodnie ze wskazanymi wyżej standardami, podczas najbliższego remontu oddziału.

6. Zalecenia

Na podstawie art. 19 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania, przedstawiciele KMP zalecają dyrektorowi Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu:

1. zasięgnięcie opinii drugiego psychiatry lub psychologa w wypadku przyjęć do szpitala pacjentów bez ich zgody;
2. rozważenie możliwości wyodrębnienia jednoosobowego pomieszczenia do stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia;
3. stosowanie przymusu bezpośredniego przez 5 osób;
4. rzetelne dokumentowanie zastosowanego przymusu bezpośredniego;
5. zagwarantowanie dostępu do łóżek pacjentów z trzech stron oraz takie ich ustawienie w salach, aby nie znajdowały się w bezpośredniej bliskości umywalki;
6. dostosowanie Oddziału do potrzeb osób z niepełnosprawnością;
7. zapewnienie pacjentom z części I i II Oddziału szaf na odzież;
8. odświeżenie sal i łazienek na Oddziale;
9. poinformowanie o aktualnym stanie wody dostępnej w szpitalu;
10. zapewnienie podstawowych środków higienicznych w toaletach.