

Warszawa, dnia 9 stycznia 2019 r.

KMP.574.5.2014.MZ

Raport
Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z rewizytacji w Szpitalu Psychiatrycznym SPZOZ w Węgorzewie
(wyciąg)

1. Wstęp

Na podstawie artykułu 19 Protokołu fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjętego przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192), oraz działając na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 11-12 września 2018 r. przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (zwanego dalej KMPT lub Mechanizmem) przeprowadzili wizytację Szpitala Psychiatrycznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie, przy ul. Bema 24 (dalej: Szpital, placówka). W skład zespołu wizytującego wchodził: Michał Żłobecki (prawnik), dr Justyna Józwiak (socjolog), Tomasz Górecki (psycholog, psychoterapeuta) oraz Zenobia Glac – Ściebura (oligofrenopedagog) z Biura Terenowego RPO w Gdańsku.

Celem wizytacji było sprawdzenie na miejscu realizacji zaleceń KMPT wydanych po wizytacji placówki w dniu 9 października 2013 r. W czasie wizytacji przedstawiciele KMPT wykonali następujące czynności:

- przeprowadzili rozmowę z Agnieszką Szalko – dyrektorem Szpitala Psychiatrycznego SP ZOZ w Węgorzewie i Renatą Lisowską – Zastępczynią Dyrektora ds. Pielęgniarstwa;
- dokonali oglądu pomieszczeń, w tym m.in.: sal pacjentów, sanitariatów, sal terapii;
- przeprowadzili rozmowy z wybranymi pracownikami Szpitala;
- przeprowadzili rozmowy indywidualne z wybranymi pacjentami;
- poddali analizie wybraną dokumentację.

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną.

Delegacja poinformowała kierownictwo szpitala o ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności, a także wysłuchała jej uwag i wyjaśnień.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano wybraną dokumentację związaną z funkcjonowaniem trzech wizytowanych oddziałów.

W niniejszym raporcie uwzględniono stan realizacji zaleceń KMPT wydanych po wizytacji placówki 9 października 2013 r., a także inne kwestie wymagające poprawy oraz dobre praktyki, wyróżniające placówkę na tle pozostałych.

2. Zakaz represji

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. personel, pacjenci, inne osoby) lub organizacja, która przekazała KMPT informację nie może ponieść jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie czy udzieliła informacji prawdziwej, czy fałszywej.

Wskazany przepis OPCAT stanowi bowiem, że żadna władza lub funkcjonariusz nie nakaże, nie zastosuje, nie pozwoli ani nie dopuści do stosowania jakiegokolwiek sankcji przeciwko jakiegokolwiek osobie lub organizacji, za przekazanie krajowemu mechanizmowi prewencji jakiegokolwiek informacji, prawdziwej bądź fałszywej, i żadna taka osoba lub organizacja nie poniesie żadnego uszczerbku w jakikolwiek inny sposób.

3. Charakterystyka obiektu

Szpital Psychiatryczny w Węgorzewie dysponuje 133 miejscami. W skład Szpitala wchodzi trzy oddziały ogólnopsychiatryczne (I męski – 16 łóżek, II męski – 41 łóżek, III żeński – 31 łóżek), które były przedmiotem rewizytacji oraz oddział detoksykacyjny dysponujący 20 miejscami dla pacjentów z problemem alkoholowym. Na terenie Szpitala znajduje się także Oddział Leczenia Zaburzeń Nerwicowych specjalizujący się w leczeniu zaburzeń nerwicowych i osobowości poprzez kompleksowy program terapeutyczny przeznaczony dla pacjentów z całego kraju z różnymi postaciami zaburzeń nerwicowych. Przy szpitalu działa w osobnym budynku poradnia zdrowia psychicznego.

Zgodnie z Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2018 r. w sprawie wykazów zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środka zabezpieczającego określonego w art. 93c pkt 1-3 Kodeksu karnego oraz podmiotów leczniczych przeznaczonych do wykonywania terapii wobec sprawców określonych w art. 93c Kodeksu karnego w zakresie działalności stacjonarnej (M.P. 2018 poz. 342), Szpital

Psychiatryczny w Węgorzewie przeznaczony jest do wykonywania środków zabezpieczających w warunkach podstawowego zabezpieczenia i dysponuje 18 miejscami dla sprawców czynów zabronionych popełnionych w stanie niepoczytalności. W dniu wizytacji w szpitalu przebywało 15 pacjentów internowanych, w tym 1 kobieta. Pacjenci skierowani na detencję przebywają w dwóch oddziałach ogólnopsychiatrycznych całodobowych (14 mężczyzn w oddziale I, 1 kobieta w oddziale III). W oddziale II męskim w dacie wizytacji przebywało 6 pacjentów przyjętych bez swojej zgody oraz 2 pacjentów całkowicie ubezwłasnowolnionych. W oddziale III bez swojej zgody pozostawały 3 pacjentki.

4. Stan realizacji zaleceń wydanych po wizytacji placówki w dniach 9 października 2013 r.

Przedstawiciele KMPT wydali dyrektorowi Domu 17 zaleceń. Poniżej przedstawiono stan ich realizacji:

Zalecenie 1.1. Używanie parawanów w celu zapewnienia intymności unieruchomionemu w sali ogólnej pacjentowi.

Zalecenie zostało zrealizowane. W każdym z wizytowanych oddziałów dostępne były parawany używane w przypadku konieczności zastosowania środków przymusu bezpośredniego wobec pacjentów. W oddziałach nie ma sal izolacyjnych wykorzystywanych jako forma przymusu bezpośredniego. Najczęściej stosowanym przymusem jest unieruchomienie poprzez użycie pasów. Unieruchomienie realizowane jest w wieloosobowych salach obserwacyjnych, ponieważ Oddział nie dysponuje pomieszczeniami jednoosobowymi, w których możliwe byłoby stosowanie przymusu bezpośredniego. Wskazać 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), dalej: rozporządzenie w sprawie zastosowania przymusu bezpośredniego. Zgodnie z ust. 2 wskazanego paragrafu, *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. Przepisy rozporządzenia umożliwiają zatem stosowanie unieruchomienia w sali wieloosobowej z zastrzeżeniem oddzielenia osoby, wobec której przymus jest stosowany od pozostałych pacjentów. W praktyce najczęściej stosowaną metodą jest oddzielenie parawanem. Należy jednak zwrócić uwagę na zalecenie Europejskiego Komitetu do spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) wyrażone w raporcie¹ sporządzonym po wizytacji w Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku w 2017 roku. CPT stoi na stanowisku, że praktyka polegająca na ustawianiu parawanu w sali wieloosobowej nie zapewnia prawa do prywatności pacjentom, wobec których zastosowano środki przymusu bezpośredniego. Dlatego też Komitet zalecił zaprzestania tego typu praktyk i stosowaniu środków przymusu bezpośredniego w warunkach odosobnienia, chyba że pacjent poddawany przymusowi bezpośredniemu poprosi o umieszczenie w sali wieloosobowej. Warto w tym miejscu zaznaczyć, iż standardy międzynarodowe w zakresie m.in. stosowania środków przymusu bezpośredniego podlegają aktualizacji, dlatego też mimo uznania wydanego w 2013 r. zalecenia za zrealizowane, KMPT zachęca do dalszych zmian w omawianym zakresie.

Zalecenie 1.2. Umieszczanie w salach obserwacyjnych wyłącznie pacjentów wymagających stałej obserwacji.

Zalecenie uznane zostało za wykonane. Z oświadczeń dyrekcji oraz personelu Szpitala wynika, iż w salach obserwacyjnych przebywają wyłącznie pacjenci wymagający stałej obserwacji.

Zalecenie 1.3. Odstąpienie od zobowiązywania pacjentów umieszczanych w salach obserwacyjnych do przebywania w nich przez cały czas w piżamach.

Konieczność przebywania w sali obserwacyjnej w piżamie przez całą dobę nie obowiązuje we wszystkich oddziałach. Pacjenci oddziałów ogólnopsychiatrycznych męskich I i II w ciągu dnia ubrani są w stroje dzienne, podczas gdy pacjentki oddziału III nadal przebywają w sali obserwacyjnej w stroju nocnym. **W związku z powyższym zalecenie to należy uznać za częściowo zrealizowane.**

Zalecenie 1.4. Zorganizowanie opieki nad pacjentami przebywającymi na detencji tak, aby mieli możliwość skorzystania ze spaceru codziennie, również w okresie zimowym.

¹ CPT/Inf (2018) 39

Zalecenie częściowo zrealizowane. Regułą jest, iż pacjenci placówki mają możliwość uczestniczenia w codziennych spacerach pod nadzorem terapeuty. Z oświadczeń personelu wynika, iż praktyka ta utrzymywana jest niezależnie od pory roku. Na uznanie zasługuje możliwość wyjścia do pobliskiego sklepu przez pacjentów będących w wystarczająco dobrym stanie zdrowia. Wyjścia takie odbywają się w parach. Z przeprowadzonych z pacjentami rozmów indywidualnych wynika jednak, że możliwość skorzystania z codziennych spacerów ograniczona jest ze względu na niedobory kadrowe.

Zalecenie 1.5. Poszerzenie oferty terapeutycznej o oddziaływania psychoterapeutyczne, np. psychoedukację, grupy wsparcia, treningi umiejętności społecznych oraz zatrudnienie w tym celu dodatkowych psychologów lub przeszkolenie zatrudnionych.

W ocenie KMPT zalecenie powyższe zostało zrealizowane. Oferta terapeutyczna w oddziałach ogólnopsychiatrycznych wzbogacona została m.in. o gimnastykę, muzykoterapię, biblioterapię, zajęcia ceramiczne, zajęcia relaksacyjne i psychoedukację. Na mocy *Zarządzenia Nr 34/2018 Dyrektora Szpitala Psychiatrycznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie z dnia 28 maja 2018 r.* (sygn. DN/0111/34/AK/2018) powołano Zespół ds. Rehabilitacji Psychiatrycznej Pacjentów Szpitala Psychiatrycznego w Węgorzewie, do którego głównych zadań należy planowanie, koordynacja i okresowa analiza skuteczności prowadzonych zajęć rehabilitacyjnych w oddziałach szpitala; a także bieżące rozwiązywanie zgłaszanych spraw dotyczących zajęć rehabilitacyjnych w szpitalu. Mechanizm z uznaniem przyjmuje zarówno powołanie w/w Zespołu, jak i poszerzenie oferty terapeutycznej dla pacjentów Szpitala.

Zalecenie 1.6. Wprowadzenie indywidualnych planów terapii uwzględniających nie tylko leczenie farmakologiczne, ale także terapię zajęciową i oddziaływania psychoterapeutyczne.

Jak wynika z oświadczeń personelu, a także z przeanalizowanej dokumentacji, w oddziałach wprowadzono indywidualne plany terapii uwzględniające różne formy oddziaływania na pacjentów. **Z uwagi na to Mechanizm uznaje zalecenie za wykonane.**

Zalecenie 1.7. Poprawa rzetelności prowadzonej dokumentacji medycznej poprzez dokonywanie wpisów o stanie pacjenta nie rzadziej niż raz w tygodniu oraz dokumentowanie w niej zmian o stanie pacjenta oraz decyzji dotyczących zmian farmakoterapii.

Zalecenie zostało zrealizowane. Przedstawiciele KMPT dokonujący analizy dokumentacji medycznej nie zgłosili zastrzeżeń, co do sposobu jej prowadzenia.

Zalecenie 1.8. Zwiększenie częstotliwości korzystania przez pacjentów z telefonów komórkowych.

Podczas wizytacji placówki przeprowadzonej w 2013 r. ujawniono, iż na mocy Regulaminu Organizacyjnego Oddziału Psychiatrycznego korzystanie przez pacjentów z telefonów komórkowych odbywało się jedynie w pilnych przypadkach i w wyznaczonych do tego celu miejscach (magazyn oddziału) w obecności personelu. Obecnie, w związku ze zmianą regulaminu *pacjent ma prawo do kontaktu telefonicznego i korespondencyjnego na własny koszt. Korzystanie przez pacjentów z telefonów komórkowych dozwolone jest tylko w wyznaczonym do tego celu miejscu.*

W praktyce pacjenci korzystać mogą z telefonów komórkowych przez godzinę w ciągu doby. W oddziałach umieszczone zostały także telefony stacjonarne, przez które pacjenci odbywać mogą rozmowy przychodzące. **Należy zatem stwierdzić, iż zalecenie zostało wdrożone.**

Zalecenie 1.9. Stworzenie wszystkim pacjentom odpowiednich warunków do przechowywania ich osobistych, podręcznych rzeczy.

Zalecenie zrealizowane. W salach mieszkalnych przy łózkach pacjentów umieszczone są szafki, w których pacjenci podręczne przedmioty. Jednocześnie celem zredukowania poziomu drobnych kradzieży pacjenci mają możliwość przekazania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych do depozytu.

Zalecenie 1.10. Zatrudnienie dodatkowego personelu pomocniczego męskiego, tak aby jednocześnie w szpitalu było co najmniej 4 mężczyzn salowych mogących podjąć interwencję.

Z wykazu pracowników zatrudnionych w placówce w latach 2017/2018 wynika, że w dniu wizytacji na stanowisku salowy zatrudnionych było 8 mężczyzn. Zgodnie z oświadczeniem personelu, układanie planu dyżurów odbywa się zawsze z uwzględnieniem konieczności jednoczesnego przebywania w oddziałach męskiego personelu pomocniczego w liczbie zapewniającej podjęcie skutecznej interwencji. **Zalecenie 1.10. zostało w tym przypadku wprowadzone w życie.**

Zalecenie 1.11. Wprowadzenie terapii odwykowej dla pacjentów z rozpoznaniem podwójnej diagnozy.

Zalecenie zostało zrealizowane. Z rozmowy z dyrektorem placówki oraz przeanalizowanej dokumentacji wynika, iż pacjenci, u których rozpoznano podwójną diagnozę poddawani są leczeniu odwykowemu.

Zalecenie 1.12. Wprowadzenie jasnej procedury odpowiadania na skargi pacjentów.

Od maja 2018 r. w Szpitalu obowiązuje dokument *Procedura rozpatrywania skarg i wniosków* (sygn. OS-01-12) określająca organizację przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków w placówce. Mechanizm skargowy obowiązuje we wszystkich komórkach organizacyjnych Szpitala i w sposób klarowny przedstawia opis przebiegu postępowania, a także określa podmioty odpowiedzialne za rozpatrywanie skarg i wniosków. Zgodnie z art. 3 ust. 3 *Procedury, zgłoszone skargi lub wnioski powinny być rozpatrywane bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w ciągu jednego miesiąca od dnia złożenia lub wpłynięcia wniosku lub skargi, a sprawy szczególnie skomplikowane – nie później, niż w ciągu dwóch miesięcy od dnia wszczęcia postępowania wyjaśniającego.* W dalszej kolejności o sposobie załatwienia sprawy należy zawiadomić skarżącego wysyłając do niego list polecony. We wspomnianym zawiadomieniu winny znaleźć się informacje dotyczące podmiotu udzielającego odpowiedzi na skargę, wskazanie sposobu załatwienia skargi oraz podpisy osoby odpowiedzialnej za rozpatrzenie skargi. W przypadku negatywnego rozpatrzenia skargi w zawiadomieniu należy zawrzeć uzasadnienie faktyczne i prawne decyzji. **W związku z wprowadzonymi procedurami KMPT uznaje zalecenie za wykonane.**

Zalecenie 1.13. Zmniejszenie obciążenia lekarzy oddziałów ogólnopsychiatrycznych obowiązkami w innych jednostkach organizacyjnych Szpitala.

W dacie wizytacji zdecydowana większość lekarzy zatrudnionych w Szpitalu pełniła dyżury zarówno w oddziałach ogólnopsychiatrycznych, jak i w innych jednostkach organizacyjnych placówki. Nadesłany do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich wykaz zatrudnionych lekarzy psychiatrów nie zawiera jednoznacznej odpowiedzi na pytanie zawarte w zaleceniu 1.13., w szczególności w zakresie sytuacji, w których lekarz pełni dyżur w oddziale ogólnopsychiatrycznym jednocześnie z dyżurem w innej jednostce organizacyjnej Szpitala. **W związku z tym KMPT zwraca się prośbą do dyrektora placówki o przekazanie dalszych informacji o godzinach, w jakich pełnione są dyżury przez lekarzy psychiatrów**

w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Szpitala celem uściślenia poruszanej kwestii.

Zalecenie 1.14. Wywieszenie w ogólnodostępnym miejscu adresów i telefonów instytucji stojących na straży praw człowieka, m.in. sędziego rodzinnego, Rzecznika Praw Obywatelskich, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.

Zalecenie uznać należy za częściowo zrealizowane. Podczas rewizytacji przedstawiciele Mechanizmu odnotowali, iż w ogólnodostępnych miejscach na oddziałach widnieją informacje dotyczące możliwości złożenia skargi, w tym także do RPO. Brakuje jednak adresów i numerów telefonu instytucji stojących na straży praw człowieka.

Zalecenie 1.15. Dostosowanie dostępu do łóżek pacjentów zgodnie z wymogami zawartymi w § 18 i 19 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).

Zalecenie niewykonane. W dalszym ciągu brak jest dostępu z trzech stron do części łóżek w salach mieszkalnych.

Zalecenie 1.16. Opracowanie broszury opisującej zasady obowiązujące na terenie szpitala, a także prawa pacjenta.

Informacje dotyczące zasad panujących w Szpitalu, jak również praw pacjenta umieszczone zostały w miejscu ogólnodostępnym dla pacjentów, na tablicach informacyjnych znajdujących się na korytarzach każdego oddziału. **Stąd też zalecenie uznać należy za zrealizowane.**

Zalecenie 1.17. Rozważenie możliwości przystosowania budynku z salami do terapii zajęciowej dla osób z niepełnosprawnością.

Zalecenie zostało wykonane. Dyrektor Szpitala oświadczyła, iż w miarę możliwości finansowych prowadzone będą prace w kierunku przystosowania budynku z salami do terapii zajęciowej dla osób z niepełnosprawnością.

5. Problemy systemowe

5.1. Brak regulacji dotyczących konwojowania osób, wobec których wykonywany jest środek zabezpieczający poza placówkę

KMPT od kilku lat apeluje o uregulowanie zasad konwojowania pacjentów przebywających w szpitalach i w oddziałach psychiatrycznych w ramach środka zabezpieczającego, poza teren tych placówek, w tym na posiedzenie sądu w ich sprawie.

W czasie jednej z prowadzonych przez przedstawicieli KMPT rozmów indywidualnych z pacjentami wyszło na jaw, iż w dalszym ciągu problemem pozostaje konwojowanie na rozprawy pacjentów, jeżeli ich udział w posiedzeniu nie jest mandatoryjny. Jedna z pacjentek pozbawiona została możliwości uczestniczenia w rozprawie przed sądem II instancji ze względu na brak porozumienia pomiędzy administracją Szpitala i Policją co do tego, kto odpowiedzialny będzie za konwój.

W opinii Ministerstwa Zdrowia uzasadnione jest wprowadzenie do Kodeksu karnego wykonawczego przepisów dotyczących konwojowania osób, wobec których jest wykonywany środek zabezpieczający. W ocenie KMPT niezbędne wydaje się podjęcie działań legislacyjnych poprzez wskazanie warunków wykonywania konwojów tj. w jakich przypadkach konwój może mieć miejsce, kto go powinien realizować, jaki powinien być skład osobowy konwojującego personelu, jaki powinien być to środek transportu, jakie powinny być zasady działania w celu zapobiegnięcia agresji czy też samowolnego oddalenia się pacjenta. Obecnie problem zorganizowania transportu i zapewnienia bezpieczeństwa w sytuacji konieczności zrealizowania ważnej konsultacji lekarskiej, badania czy zabiegu pacjenta poza szpitalem psychiatrycznym, spoczywa wyłącznie w gestii szpitali psychiatrycznych. Korespondencja w tej sprawie jest prowadzona zarówno z Ministrem Zdrowia jak i Ministrem Sprawiedliwości². Minister Sprawiedliwości w odpowiedzi na wystąpienie generalne z dnia 23 sierpnia 2016 r. trafnie zauważył, że szczegółowymi regulacjami dotyczącymi warunków i zasad konwojowania powinni zostać objęci wszyscy pacjenci przebywający w placówkach psychiatrycznych, a nie tylko osoby, wobec których wykonywany jest środek zabezpieczający. W związku z tym wystąpieniem generalnym z dnia 2 marca 2017 r. Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się do Ministra Zdrowia o podjęcie stosownych działań w celu uregulowania konwojów wszystkich pacjentów szpitali psychiatrycznych. W odpowiedzi z dnia 20 kwietnia 2017 r. Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia wskazał, że art. 41 ustawy z dnia 27 sierpnia

² Wystąpienie generalne RPO z dnia 23.08.2016 r. do MS, KMP.571.23.20 I4.

2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³ zawiera regulację dotyczącą transportu sanitarnego osób, wobec których orzeczono środek zabezpieczający. Jednakże materia tej ustawy nie obejmuje kwestii takich jak przebieg realizacji środka zabezpieczającego, w tym ewentualnego przebywania pacjenta poza miejscem orzeczenia środka zabezpieczającego, co pozostaje w gestii sądu. W kolejnym wystąpieniu generalnym do Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2018 r. (KMP.574.8.2015.KK) Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił ponownie uwagę na konieczność określenia warunków i zasad konwojowania wszystkich pacjentów przebywających w placówkach psychiatrycznych, a nie tylko osób, wobec których wykonywany jest środek zabezpieczający. RPO wskazał także, iż obowiązujące przepisy nie określają podmiotu odpowiedzialnego za realizację konwoju, środka transportu, którym przewożony jest pacjent oraz zasad postępowania konwojentów w sytuacjach kryzysowych (agresja pacjenta, próba ucieczki). Omawiana kwestia pozostaje w dalszym ciągu w zainteresowaniu KMPT.

5.2. Instalacja przyzywowa

Jednym z elementów ochrony praw osób pozbawionych wolności, weryfikowanym każdorazowo przez KMPT w trakcie wizytacji miejsc detencji, jest ich bezpieczeństwo.

W ocenie KMPT nie do przecenienia w tym zakresie jest sprawnie funkcjonująca i łatwo dostępna dla każdego z pacjentów instalacja przyzywowa. 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 bezpośredniego m.in. w postaci izolacji). Montaż sygnalizacji alarmowo-przyzywowej ma także szczególne znaczenie dla osób z niepełnosprawnościami, które zgodnie z wymogami Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych⁴ powinny mieć zapewnione różne formy pomocy osób, szeroko rozumianą dostępność umożliwiającą ich funkcjonowanie na równi z osobami sprawnymi oraz którym w zakresie wolności i bezpieczeństwa osobistego, powinno się zapewnić racjonalne usprawnienia. W tym kontekście uwagę zwraca stwierdzony brak instalacji alarmowo-przyzywowej również

³ Dz. U. z 2004 r., Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.

⁴ Przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 r. i ratyfikowanej przez Polskę w dniu 6 września 2012 r.

w niektórych wizytowanych oddziałach psychogeriatrycznych, gdzie część pacjentów to wyłącznie leżące osoby, które nie mogą wyjść z pokoju łóżkowego, by w nagłej sytuacji powiadomić personel. Zalecenie KMPT oparte na powyższych argumentach spotyka się z różnym przyjęciem przez jego adresatów. Część placówek zapowiada montaż instalacji przyzywowej, inne odmawiają, przywołując jako argument przeciwko jej montażowi ryzyko porażenia pacjenta prądem w sytuacji celowego uszkodzenia włącznika takiej instalacji. Stwierdzana podczas wizytacji KMPT nierówność w standardzie zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom oddziałów szpitalnych wymaga zatem podjęcia rozwiązań o charakterze systemowym. Artykuł 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta 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 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą²⁰⁴ nie stawia jednak wymogu, aby w oddziałach szpitala była zamontowana sygnalizacja alarmowo-przyzywowa, dostępna z pokoi pacjentów, łazienek czy innych pomieszczeń przez nich użytkowanych.

Dostrzegając braki w przepisach, Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się do Ministra Zdrowia o rozważenie wprowadzenia stosowanego wymogu. Pismem z dnia 29 czerwca 2017 r. Minister Zdrowia odpowiedział, że o opinię w tej sprawie został poproszony konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii oraz konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii i młodzieży. Zgodnie z nią (...) *pacjenci szpitalnych oddziałów psychiatrycznych są osobami sprawnymi fizycznie i poruszającymi się o własnych siłach. Tym samym umieszczanie ww. sygnalizacji, której naczelnym zadaniem jest umożliwienie zasygnalizowania potrzeby pomocy, w ww. oddziałach wydaje się niecelowe*⁵.

6. Nieprawidłowości stwierdzone podczas wizytacji

6.1. Legalność pobytu

W trakcie analizy dokumentacji uwagę wizytujących zwrócił przypadek przyjętego do Szpitala ubezwłasnowolnionego całkowicie pacjenta, w którego zgodzie na przyjęcie do Szpitala brak było podpisu opiekuna prawnego. Lekarz prowadzący pacjenta oświadczył, iż podczas przyjęcia na oddział obecny był jego opiekun prawny i wyraził on ustną zgodę

⁵ Zob. KMP.574.4.2017.

na przyjęcie ubezwłasnowolnionego całkowicie mężczyzny. Należy w tym miejscu przywołać przepis art. 22 ust. 3 Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535) – dalej: u.o.z.p., przewidujący obowiązek wyrażenia pisemnej zgody przez przedstawiciela ustawowego osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej, która przyjmowana jest do szpitala psychiatrycznego. Co więcej, rzeczony pacjent w rozmowie z przedstawicielem KMPT oświadczył, iż nie wyrażał zgody na przyjęcie do oddziału. W takim przypadku zastosowanie znajduje ust. 4 przytoczonego powyżej artykułu u.o.z.p., który głosi, że *jeżeli przyjęcie do szpitala dotyczy osoby małoletniej powyżej 16 roku życia lub osoby pełnoletniej całkowicie ubezwłasnowolnionej, zdolnej do wyrażenia zgody, jest wymagane również uzyskanie zgody tej osoby na przyjęcie. W przypadku sprzecznych oświadczeń w sprawie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego tej osoby i jej przedstawiciela ustawowego, zgodę na przyjęcie do szpitala wyraża sąd opiekuńczy właściwy ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.* W opisywanym przypadku wizytujący nie odnotowali w dokumentacji pacjenta zgody sądu opiekuńczego, w związku z czym zaszło podejrzenie, iż pacjent przebywał w placówce z pominięciem obowiązujących procedur.

W opinii KMPT, z uwagi na fakt, że ubezwłasnowolnienie w sposób istotny wpływa na możliwość autonomicznego podejmowania decyzji, a przepisy kodeksu rodzinnego i opiekuńczego wprowadzają zasadę ograniczonego zaufania do opiekunów prawnych, dyrektor placówki powinien każdorazowo weryfikować, czy przedstawiciel uzyskał zgodę sądu na umieszczenie swojego podopiecznego w szpitalu w przypadku wystąpienia przesłanek z art. 22 ust. 4 u.o.z.p.

6.2. Warunki bytowe

W obszarze zapewnienia odpowiednich warunków bytowych przedstawiciele KMPT wskazują na następujące nieprawidłowości:

- pęknięcia farby i zacieki na ścianach w łazience w jednym z wizytowanych oddziałów;
- brak luster w salach mieszkalnych.

6.3. Sytuacja pacjentów z niepełnosprawnościami

W ocenie wizytujących Oddział nie jest w pełni dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich.

W celu lepszego dostosowania istniejącej w placówce infrastruktury do potrzeb pacjentów z niepełnosprawnościami pożądane 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 progów 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 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. 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 KMPT zwracają się do dyrekcji szpitala z prośbą o informację dotyczącą przewidzianych rozwiązań architektonicznych zwiększających stopień dostosowania nowej siedziby Oddziału do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

6. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT, przedstawiciele Krajowego Mechanizmu Prewencji zalecają dyrektor Szpitala Psychiatrycznego w Węgorzewie:

1. realizację wymienionych w punkcie 4 Raportu zaleceń (1.1., 1.3., 1.4., 1.14., 1.15.) które zostały wskazane we wcześniejszym Raporcie, a nie zostały dotychczas zrealizowane lub też zrealizowane zostały częściowo;
2. stosowanie obowiązujących przepisów regulujących przyjęcie pacjentów bez zgody;
3. przeprowadzenie niezbędnych prac remontowych w celu wyeliminowania nieprawidłowości przedstawionych w punkcie 5.2. raportu;
4. pełne dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, zgodnie ze wskazaniami zawartymi w punkcie 5.3. raportu.

Jednocześnie Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwraca się z prośbą do Dyrektora Szpitala o udzielenie jednoznacznej odpowiedzi na pytanie zawarte w zaleceniu 1.13., w szczególności w zakresie występowania sytuacji, w których lekarz pełni dyżur w oddziale ogólnopsychiatrycznym jednocześnie z dyżurem w innej jednostce organizacyjnej Szpitala.