

KMP.574.13.2017.RK

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Oddziału Całodobowego
Kliniki Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii
Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie**

1. Wprowadzenie

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 7-8 września 2017 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur wizytował Oddział Całodobowy (oddział psychiatryczny) Kliniki Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii, Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, ul. Szaserów 128 (zwany dalej: Oddziałem, Szpitalem, placówką).

W skład zespołu wizytującego wchodził: dr Aleksandra Iwanowska (prawnik), Rafał Kulas (prawnik) i Łukasz Musiałkowski (pedagog resocjalizacyjny).

W wizytacji uczestniczyła również Agnieszka Szaniawska-Bartnicka, lekarz specjalista psychiatra (dalej ekspert KMPT), której ekspertyza została włączona w treść raportu.

Celem wizytacji było sprawdzenie sposobu przestrzegania praw osób umieszczonych na oddziale psychiatrycznym oraz dokonanie oceny ich ochrony przed torturami oraz innym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem. Przedstawiciele KMPT 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 (Dz. U. z 2017 r., poz. 882), dalej jako: u.o.z.p.

W czasie wizyty wykonano następujące czynności:

- przeprowadzono wstępną rozmowę z płk dr n. med. Radosławem Tworusem – Kierownikiem Kliniki,
- dokonano oglądu pomieszczeń placówki, w tym sal pacjentów, sanitariatów, jadalni i sali terapii,
- podczas oglądu Oddziału przeprowadzono rozmowy z personelem i pacjentami,
- przeprowadzono indywidualne rozmowy z pacjentami, bez obecności osób trzecich, w warunkach zapewniających poufność rozmowy,
- dokonano analizy dokumentacji dostępnej na miejscu, w tym m.in. akt osób przyjętych bez zgody, dokumentacji dotyczącej stosowania środków przymusu bezpośredniego, raportów lekarskich i pielęgniarskich,
- wykonano dokumentację fotograficzną pomieszczeń Oddziału i wybranej dokumentacji.

Przedstawiciele KMPT poinformowali Kierownika Kliniki o ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności oraz wysłuchali jego uwag i wyjaśnień.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano wybraną dokumentację i informacje pisemne związane z funkcjonowaniem Oddziału.

W przedmiocie zainteresowania KMPT każdorazowo pozostają następujące zagadnienia: legalność pobytu, traktowanie pacjentów, prawo pacjentów do informacji, kontaktów ze światem zewnętrznym, ochrony zdrowia, usług opiekuńczych, terapeutycznych i kulturalno-oświatowych, prawo do praktyk religijnych, warunki bytowe, dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, kwalifikacje personelu.

W niniejszym raporcie opisano obszary, które w ocenie KMPT wymagają poprawy oraz dobre praktyki, wyróżniające Oddział na tle pozostałych. Raport zawiera także problemy systemowe, wymagające zmiany obowiązującego prawa.

2. Ogólna charakterystyka oddziału

Oddział Całodobowy jest częścią Kliniki Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Obrony Narodowej. Zlokalizowany jest w osobnym pawilonie na terenie kompleksu szpitalnego.

Jest oddziałem przeznaczonym dla 29 osób, kobiet i mężczyzn. Pacjentami są żołnierze, pacjenci przyklinicznej poradni zdrowia psychicznego oraz członkowie rodzin żołnierzy, którzy zginęli podczas misji zagranicznych.

W czasie wizytacji KMPT na Oddziale przebywało 19 pacjentów.

3. Dobre praktyki

Za dobre praktyki, zwiększające ochronę pacjentów przed przemocą, zapewniające wysoki standard pobytu i opieki oraz sprzyjające budowaniu pozytywnej atmosfery uznano:

- dokumentowanie w formie fotograficznej śladów obrażeń pacjentów, przyjmowanych na oddział,
- doskonale zaplecze terapeutyczne - oddział dysponuje salami do prowadzenia terapii grupowej i indywidualnej, z wentylacją grawitacyjną i możliwością nagrywania sesji do celów dydaktycznych,
- możliwość korzystania przez pacjentów z siłowni, zlokalizowanej poza placówką (pacjentom udostępniane są karnety do siłowni ogólnodostępnej),
- bezprzewodowy Internet na Oddziale (wi-fi),
- dostęp pacjentów do ogrodu z ławeczkami i miejscem na urządzenie grilla.

4. Problemy systemowe

4.1. Monitoring w szpitalach psychiatrycznych

Oddział jest monitorowany. Monitoringiem wizyjnym objęte są sale pacjentów, ciągi komunikacyjne, palarnia.

Konieczność uregulowania w formie ustawy kwestii stosowania monitoringu w szpitalach psychiatrycznych, jak również sposobu gromadzenia, przetwarzania i przechowywania nagrań jest problemem zgłaszanym przez Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur od wielu lat¹.

Był on też przedmiotem wystąpienia generalnego Rzecznika do Ministra Zdrowia, który zapowiedział, że postulaty zgłoszone przez RPO zostaną uwzględnione przy

¹ Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w roku 2015, s. 110-111; w roku 2016, s. 135-136.

planowanej nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego². Pomimo prac nad nowelizacją powyższej ustawy, zaproponowany projekt nie zawiera przepisów regulujących kwestię monitoringu. Problem pozostaje więc aktualny.

Kwestia stosowania monitoringu wizyjnego w miejscu pozbawienia wolności wiąże się 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 (Dz. U. z 1993 r. 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.*

4.2. Instalacja przyzywowa

Wizytowana placówka nie posiada instalacji przyzywowej, umożliwiającej szybką interwencję personelu w sytuacjach kryzysowych związanych z nagłymi zapaściami zdrowotnymi pacjentów.

W ocenie KMPT przyciski alarmowo-przyzywowe powinny być dostępne we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez chorych (zarówno w salach chorych, jak i toaletach). Montaż sygnalizacji przywoławczej ma szczególne znaczenie dla osób z niepełnosprawnościami, które zgodnie z wymogami Konwencji ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych³ 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.

² Wystąpienie generalne RPO z dnia 5.01.2016 r. do MZ, KMP.574.8.2015. Tekst wystąpienia wraz z odpowiedzią Ministra Zdrowia z dnia 5.02.2016 r., znak ZPP.073.1.2016, dostępny jest na stronie internetowej: www.rpo.gov.pl.

³ Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169).

Brak sygnalizacji przyzywowej w szpitalach psychiatrycznych jest problemem systemowym, sygnalizowanym władzom krajowym przez KMPT w raporcie z działalności w 2016 r.⁴

Problem ten był też przedmiotem wystąpienia generalnego do Ministra Zdrowia, w którym Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się o rozważenie podjęcia działań legislacyjnych polegających na wprowadzeniu stosownego wymogu w obowiązujących przepisach⁵.

W odpowiedzi 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 fizycznie⁶. Sprawa pozostaje w zainteresowaniu Rzecznika Praw Obywatelskich.

5. Obszary wymagające poprawy

5.1. Legalność pobytu

Analiza akt pacjentów przyjętych bez zgody wykazała, że zdarzały się przypadki braku w dokumentacji informacji o decyzji sądu, w przedmiocie zasadności umieszczenia pacjentów na Oddziale. Zgodnie z art. 27 u.o.z.p. *o treści postanowienia w przedmiocie przyjęcia osoby, o której mowa w art. 23 i 24, sąd opiekuńczy zawiadamia niezwłocznie szpital, w którym ta osoba przebywa. W razie wydania postanowienia o braku podstaw do przyjęcia, szpital psychiatryczny jest obowiązany wypisać tę osobę niezwłocznie po doręczeniu mu postanowienia sądu.*

Uzyskanie powyższej informacji jest istotne z punktu widzenia legalności pozbawienia człowieka wolności. Ponadto, sądowa kontrola nad umieszczeniem pacjenta w szpitalu psychiatrycznym stanowi mechanizm zabezpieczający taką osobę przed niezasadnym pozbawieniem wolności.

Warto w tym miejscu odwołać się do standardów Europejskiego Komitetu ds. Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu i Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (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. Wynika z tego, że przymusowe*

⁴ Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w roku 2016, s. 137-138.

⁵ Wystąpienie generalne RPO z dnia 22.05.2017 r. do MZ, KMP.574.4.2017.

⁶ Pismo Podsekretarza Stanu w MZ z dnia 09.08.2017 r., OZO.073.21.2017/CP.

umieszczenie w ośrodku psychiatrycznym powinno być zawsze związane z właściwymi gwarancjami.(...) W procedurze podejmowania decyzji o przymusowym umieszczeniu w ośrodku należy zapewnić gwarancje niezależności i bezstronności, a także obiektywne ekspertyzy lekarskie.(...) W każdym razie osoba przymusowo umieszczona w ośrodku psychiatrycznym przez organ niesądowy powinna mieć prawo do wszczęcia postępowania, w którym kwestia legalności pozbawienia wolności będzie szybko rozstrzygnięta przez sąd⁷.

Mechanizm zaleca umieszczanie w dokumentacji pacjentów informacji z sądu o treści postanowienia w przedmiocie zasadności przyjęcia w trybie bez zgody.

5.2. Traktowanie

Pacjenci przyjęci na Oddział przebywają początkowo w części obserwacyjnej. Następnie jeśli stan ich zdrowia na to pozwala, są przenoszeni do części terapeutycznej. Pacjenci z części obserwacyjnej pozostają całą dobę w piżamach. W części terapeutycznej przebywają w ciągu dnia w prywatnej odzieży.

W ocenie KMPT obowiązek noszenia przez całą dobę piżam jest wielce niepokojący i nie ma uzasadnienia terapeutycznego. Nie sprzyja też budowaniu właściwej atmosfery. Należy wręcz dążyć do tego, aby pacjenci nosili strój odpowiedni do pory dnia.

Powyższe zastrzeżenia podziela CPT, który wskazuje, że *praktyka polegająca na stałym ubieraniu pacjentów w piżamy/koszule nocne nie sprzyja wzmocnieniu tożsamości osobistej i poczuciu wartości u pacjentów; indywidualizacja w zakresie garderoby powinna być częścią procesu terapeutycznego⁸.*

W opinii CPT, systematyczne stosowanie piżam jako środka nadzoru nowo przybyłych pacjentów jest bardzo wątpliwe i należy szukać w tym zakresie innych metod⁹. Wymaganie od pacjentów noszenia piżamy przez długi czas nie sprzyja umacnianiu poczucia osobistej tożsamości i samooceny¹⁰.

⁷ Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych, Wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego, opublikowany w 1998 r., CPT/Inf(98)12-part, § 51-52. Standardy dostępne na stronie: <https://www.coe.int/en/web/cpt>.

⁸ Tamże, § 34.

⁹ Raport CPT z wizyty w Portugalii, CPT/Inf (2013) 4, § 112.

¹⁰ Raport CPT z wizyty we Francji, CPT/Inf (2017) 7, § 116; Raport CPT z wizyty na Malcie, CPT/Inf (2016)25; § 138.

CPT przyznaje, że zawsze mogą istnieć pacjenci, którzy będą stanowić szczególne wyzwanie. Jednakże zobowiązanie niektórych pacjentów do noszenia piżamy ma efekt stygmatyzujący i może być postrzegane przez nich samych jako upokarzające¹¹.

KMPT zaleca odstąpienie od obowiązku noszenia piżam przez pacjentów w porze dziennej.

Analiza dokumentacji z zastosowania przymusu bezpośredniego wykazała, iż w stosowaniu unieruchomień pacjentów biorą udział 2-4 osoby. Tymczasem do sprawnego i bezpiecznego przeprowadzenia zastosowania przymusu bezpośredniego w tej formie potrzebne jest 5 osób (po jednej osobie dla zabezpieczenia kończyn, jedna osoba zabezpiecza głowę). Warto wspomnieć, że jest to też zgodnie z uzasadnieniem 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) cyt. *Efektywne i bezpieczne zastosowanie przymusu bezpośredniego, tj. samo jego wykonanie, wobec silnej i sprawnej fizycznie osoby wymaga udziału 5 osób.*

KMPT zaleca stosowanie przymusu bezpośredniego przez 5 osób.

5.3. Warunki bytowe

Drzwi do toalet są częściowo przeszklone, zaś prysznice nie mają zasłon, co może prowadzić do naruszenia intymności pacjentów. CPT wskazuje, że *warunki sanitarne powinny pozwalać pacjentom na pewną prywatność. Ponadto należy w tym względzie wziąć pod uwagę potrzeby starszych i/lub niepełnosprawnych pacjentów*¹².

KMPT zaleca zapewnienie pacjentom intymności podczas kąpieli i korzystania z toalet.

W niektórych salach łóżka były tak usytuowane, że nie miały zapewnionego dostępu do nich z trzech stron. Ponadto część łóżek stykała się krawędziami, co mogło powodować u pacjentów dyskomfort i brak poczucia intymności. Zgodnie z rozporządzeniem 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) *łóżka w pokojach*

¹¹ Raport CPT z wizyty w Czechach, CPT/Inf (2015) 18, § 159.

¹² Tamże, § 34.

łóżkowych są dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych (§ 18). Odstępy między łózkami powinny zapewniać swobodny dostęp do pacjentów (§ 19).

KMPT zaleca zapewnienie dostępu do łóżek pacjentów z trzech stron oraz takie ich ustawienie, by nie stykały się krawędziami.

5.4. Prawo do informacji

Prawo osoby pozbawionej wolności do bycia poinformowaną o wszystkich istotnych dla niej kwestiach (prawach, obowiązkach, obowiązujących procedurach, dostępie do opieki medycznej, możliwości składania skarg itp.) stanowi podstawową gwarancję chroniącą ją przed torturami i przemocą, silnie akcentowaną przez Podkomitet ONZ ds. Zapobiegania Torturom oraz Innemu Okrutnemu, Nieludzkiemu, Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (SPT) i CPT¹³.

Prawo to nie ma jednak większej wartości, jeśli osoba pozbawiona wolności nie jest świadoma jego istnienia¹⁴.

CPT podkreśla też że skuteczne procedury składania skarg to podstawowe zabezpieczenia przeciwko złemu traktowaniu we wszystkich zakładach psychiatrycznych. Pacjenci psychiatryczni (a także członkowie ich rodzin lub prawni przedstawiciele) powinni mieć możliwość składania skarg w ramach systemu administracyjnego zakładu i powinni mieć prawo do kierowania skarg, na zasadzie poufności, do niezależnego podmiotu zewnętrznego¹⁵.

Niezwykle ważne jest więc, aby pacjenci wiedzieli o wszystkich ważnych kwestiach ich dotyczących, w tym prawach jakie im przysługują oraz instytucjach, do których mogą zwrócić się o pomoc w przypadku złego traktowania.

Rekomendowaną przez KMPT praktyką jest umieszczenie w ogólnodostępnym miejscu danych teleadresowych instytucji stojących na straży praw człowieka - Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii 0 800 676 676), Rzecznika Praw Pacjenta, właściwego miejscowo sądu opiekuńczego i organizacji pozarządowych zajmujących się ochroną praw człowieka, np. Helsińskiej Fundacji Praw

¹³ Raport SPT z wizyty we Włoszech, CAT/OP/ITA/1, § 42-45, 56; Raport SPT z wizyty w Szwecji, CAT/OP/SWE/1, § 44-49, 87, 144-145, 155; Raport SPT z wizyty w Brazylii, CAT/OP/BRA/1, § 33, 63-64; Raport SPT z wizyty w Nowej Zelandii, CAT/OP/NZL/ 1, § 42-43, 72-73; Fragment Drugiego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (92) 3], § 16 ; Fragment Szóstego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (96) 21], § 36, 39, 40; Fragment Dwunastego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (2002) 12], § 43-44, 50.

¹⁴ Fragment Dwunastego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (2002) 12], § 44.

¹⁵ Means of restraint in psychiatric establishments for adults (Revised CPT standards), Strasbourg, 21 March 2017, CPT/Inf(2017) 6, § 12.

Człowieka. Taki zestaw informacji może przyczynić się do zwiększenia poczucia bezpieczeństwa pacjentów i prewencyjnie eliminować możliwe akty przemocy.

W wizytowanej placówce na tablicy informacyjnej wyeksponowano dane teleadresowe do Biura Rzecznika Praw Pacjenta oraz Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta Centralnego Szpitala Klinicznego MON Wojskowego Instytutu Medycznego. KMPT zachęca do poszerzenia dostępnych informacji o pozostałe wskazane wyżej instytucje. Warto podkreślić, że realizacja powyższego zalecenia nie pociąga za sobą dużych nakładów finansowych, co w odniesieniu do jego znaczenia i skuteczności, przemawia za jego wprowadzeniem.

6. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca **Kierownikowi Kliniki Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie:**

1. odstąpienie od obowiązku noszenia piżam przez pacjentów w porze dziennej,
2. zapewnienie pacjentom intymności podczas kąpieli i korzystania z toalet,
3. zapewnienie dostępu do łóżek pacjentów z trzech stron oraz takie ich ustawienie, by nie stykały się krawędziami,
4. stosowanie przymusu bezpośredniego przez 5 osób,
5. umieszczanie w dokumentacji pacjenta informacji z sądu o treści postanowienia w przedmiocie zasadności przyjęcia w trybie bez zgody,
6. zainstalowanie instalacji przyzywowej w salach pacjentów,
7. uzupełnienie tablic informacyjnych o dane teleadresowe instytucji stojących na straży praw człowieka: Rzecznika Praw Obywatelskich, organizacji pozarządowych, właściwego miejscowo sądu opiekuńczego.