

KMP.574.14.2015.PK

Raport
przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji
z wizytacji oddziałów psychiatrycznych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie
(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 2 - 3 listopada 2015 r., do Szpitala Powiatowego w Sochaczewie (zwanego dalej: szpitalem lub placówką) udali się przedstawiciele Zespołu „Krajowy Mechanizm Prewencji” (zwanego dalej KMP lub Mechanizmem): dr Justyna Józwiak (socjolog, politolog w zakresie resocjalizacji), Dorota Krzysztoń (kryminolog), Przemysław Kazimirski i Rafał Kulas (prawnicy).

Celem wizytacji zapobiegawczej przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji było sprawdzenie na miejscu sposobu przestrzegania praw osób umieszczonych w dwóch oddziałach psychiatrycznych szpitala bez ich zgody.

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- przeprowadzono rozmowę z Piotrem Szenkiem – dyrektorem szpitala oraz ordynatorami oddziałów objętych wizytacją;
- dokonano oglądu pomieszczeń, w tym: sal pacjentów, gabinetów lekarskich, sal terapii zajęciowych, sanitariatów i jadalni;
- 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.

W toku wizytacji wykonano dokumentację fotograficzną oraz użyto dalmierza laserowego do pomiaru powierzchni niektórych pomieszczeń.

Pracownicy Krajowego Mechanizmu Prewencji poinformowali ordynatorów zwizytowanych oddziałów o ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności, a także wysłuchali ich uwag i wyjaśnień.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano wybraną dokumentację związaną z funkcjonowaniem oddziałów psychiatrycznych.

2. Charakterystyka placówki

Szpital Powiatowy w Sochaczewie to placówka publiczna, której organem założycielskim jest Powiat Sochaczewski.

Wizytacja przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji obejmowała całodobowe oddziały szpitalne realizujące przyjęcia pacjentów psychiatrycznych bez ich zgody (I i II). Oddział I przeznaczony jest dla mężczyzn, zaś II dla kobiet. Pojemność każdego z nich wynosi 63 miejsca.

3. Legalność pobytu

Analiza zawiadomień o przyjęciach bez ich zgody znajdujących się w wybranych losowo aktach pacjentów, kierowanych przez szpital do sądu, nie wykazała uchybień w terminowości ich sporządzania. Również weryfikacja działań szpitala przez sąd przebiega sprawnie – postanowienia stwierdzające zasadność przyjęć bez zgody wydawane są w terminie ok. 2 tygodni od umieszczenia pacjenta w placówce.

4. Personel

Z informacji przekazanych wizytującym przez administrację szpitala wynika, że łączna liczba zatrudnionego w obu oddziałach personelu wynosi 106 osób. Wyższy personel medyczny stanowi 15 lekarzy, w tym 11 zatrudnionych w oparciu o umowy cywilnoprawne. Poza nimi w obsadzie oddziałów znajdują się: pielęgniarki (49), psychologzy (4), terapeuci zajęciowi (3), sanitariusze (32), pracownik socjalny, salowa oraz terapeuta uzależnień.

Pielęgniarki pracują w systemie dwuzmianowym. W oddziale psychiatrycznym I – dyżur dzienny pełni 5 pielęgniarek, na osiem godzin oddziałowa i zastępca oddziałowej; na dyżurze nocnym pracuje 5 pielęgniarek. W oddziale psychiatrycznym II – dyżur dzienny pełnią 4 pielęgniarki, na osiem godzin oddziałowa i zastępca oddziałowej; dyżur nocny

sprawowany jest przez 4 pielęgniarki.

Z informacji dotyczących szkoleń personelu zatrudnionego w oddziałach wynika, że w latach 2014 - 2015 jego członkowie wzięli udział w szkoleniach o charakterze wewnętrznym i zewnętrznym dotyczących następujących zagadnień: prawa pacjenta, stosowanie środków przymusu bezpośredniego, prowadzenie dokumentacji medycznej, postępowanie z pacjentami oddziałów psychiatrycznych, terapia osób z zaburzeniami behawioralnymi. Wśród innych tematów szkoleń adresowanych przede wszystkim do terapeutów zajęciowych zatrudnionych w oddziałach wymienić należy następujące: „Złość – jak sobie z nią radzić i wykorzystać jej potencjał”, „Moc motywacji, czyli zdobywam góry i sięgam do gwiazd”, „Praca z wyobraźnią, symbolami, snami i narracjami osobistymi w psychoterapii” oraz „Pokochać siebie – o poczuciu własnej wartości”.

Poza wskazanymi wyżej zbiorowymi formami podnoszenia kwalifikacji zawodowych, wizytowana placówka umożliwia również podejmowanie indywidualnych działań w tym zakresie, przez członków jego personelu. W analizowanym okresie jeden z psychologów uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej; jedna z pielęgniarek została specjalistką w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego; 20 pielęgniarek odbyło kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa psychiatrycznego, 5 z zakresu leczenia ran, zaś 2 wzięły udział w kursie opieki nad pacjentem z najcięższymi schorzeniami wieku podeszłego.

Wizytujący doceniają szeroki zakres tematyczny szkoleń adresowanych do pracowników oddziałów. Różnorodna tematyka tej formy podnoszenia kwalifikacji zawodowych, stanowi w ocenie przedstawicieli Mechanizmu odzwierciedlenie problemów, z jakimi na co dzień boryka się kadra, zarówno tych związanych z opieką nad pacjentem psychiatrycznym, jak i problemów wynikających z wykonywania tak ciężkiej i odpowiedzialnej pracy.

5. Traktowanie

Zgodnie z przekazanymi informacjami, w latach 2014-2015 wobec personelu oddziałów, pracującego w bezpośrednim kontakcie z pacjentami, nie były prowadzone postępowania dyscyplinarne, ani sądowe związane z traktowaniem podopiecznych.

Z ewidencji środków przymusu wynika, że w oddziałach jest on stosowany w postaci unieruchomienia oraz założenia kaftana bezpieczeństwa. Niemniej jednak podczas analizy historii chorób pacjentów oraz książek raportów pielęgniarstkich, wizytujący natknęli się na informacje świadczące o stosowaniu w praktyce innego rodzaju tych środków polegającego

na przymusowym podaniu leku. Pomimo bezdyskusyjnego charakteru takich działań (art. 18 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego [Dz. U. z 2011, Nr 231, poz. 1375, tekst jednolity]), nie są ewidencjonowane jako środki przymusu bezpośredniego. W związku z powyższym przedstawiciele Mechanizmu zalecają personelowi wizytowanych oddziałów dopełnianie formalności związanych ze stosowaniem opisanego rodzaju środka przymusu bezpośredniego.

Łączna liczba unieruchomień zastosowanych w okresie 1.01. – 2.11.2015 r. w oddziale męskimi wyniosła 93, zaś w żeńskim - 31.

Każdy z wizytowanych oddziałów podzielony jest na 3 odcinki – A, B (zamknięte) i C (otwarty). Co do zasady, nowoprzyjmowany pacjent kierowany jest do odcinka A, w którym pozostaje pod ścisłą obserwacją do czasu stabilizacji jego stanu psychicznego. Po jej osiągnięciu, kierowany jest do odcinka B, z którego trafia następnie (wraz z postęпами w leczeniu) do odcinka C.

Wizytujący zwrócili uwagę na wymóg poruszania się pacjentów w pidżamach obowiązujących w odcinkach obserwacyjnych oddziałów. Poza obiektywnym zarzutem niehigieniczności, który można sformułować wobec przyjętej w tej mierze praktyki (używanie jednego ubrania przez całą dobę), przedstawiciele KMP pragną zwrócić uwagę na stanowisko Europejskiego Komitetu ds. Zapobiegania Torturom (CPT). Komitet podkreśla, że *praktyka polegająca na stałym ubieraniu pacjentów w piżamy/koszule nocne nie sprzyja wzmocnieniu tożsamości osobistej i poczucia wartości u pacjentów, a indywidualizacja w zakresie garderoby powinna być częścią procesu terapeutycznego* (Fragment Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98)]). W ocenie pracowników BRPO, pacjenci z odcinków obserwacyjnych powinni być traktowani na równi z pacjentami pozostałych części oddziału w zakresie korzystania z odzieży w czasie hospitalizacji, poprzez zezwolenie używania odzieży własnej.

Analizując dokumentację stosowania środków przymusu bezpośredniego (karty zastosowań unieruchomienia) w wizytowanych oddziałach, przedstawiciel Mechanizmu zwrócił uwagę na brak chwilowego zwolnienia, o którym mowa w § 11 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 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 przypadku zastosowania unieruchomienia wobec pacjenta [dane usunięto] (unieruchomienie z dnia 24.10.2015 r.; oddział I). Brak zwolnienia budzi uzasadnione

wątpliwości w związku z zachowaniem pacjenta poprzedzającym okres, w którym zwolnienia powinno nastąpić. Z kodów wpisanych w karcie unieruchomienia wynika bowiem, że pacjent był spokojny. Pracownicy BRPO proszą w związku z tym o odniesienie się przez ordynatora oddziału I do wskazanych wątpliwości.

Podczas analizy innej karty zastosowania unieruchomienia w dniu 30.10.2015 r. wobec pacjenta [dane usunięto], przedstawiciele Mechanizmu zwrócili uwagę na brak wskazania w jej treści osób, które brały udział w stosowaniu tego środka przymusu bezpośredniego. W związku z tym pracownicy BRPO zalecają uzupełnienie opisanego braku.

Pacjenci, z którymi rozmawiali przedstawiciele KMP, jak również ogląd oddziałów poczyniony przez wizytujących wskazują, że środek przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia stosowany jest w wieloosobowych salach chorych bez zachowania warunków niezbędnych do poszanowaniem godności pacjentów, o której mowa w treści § 7 ust. 2 rozporządzenia (żaden z oddziałów nie dysponuje pomieszczeniem izolacyjnym). W trakcie oglądu odcinka A w oddziale I wizytujący zwrócili uwagę na pacjenta unieruchomionego na łóżku w wieloosobowej sali. Pacjent ten (pampersowany) był w pełni widoczny dla pozostałych osób przebywających zarówno w sali jak i na korytarzu. Mając na uwadze ów przypadek, pracownicy KMP podkreślają bezwzględną konieczność respektowania w praktyce godności pacjentów w szczególności w sytuacjach, w których poddawani są oni nadzwyczajnym środkom oddziaływania. Korzystanie ze środków przymusu bezpośredniego w warunkach nie gwarantujących poszanowania godności stanowi przejaw poniżającego traktowania pacjentów.

Pacjent lub osoba go reprezentująca może złożyć (pisemnie bądź ustnie) skargę lub wniosek do ordynatora lub pielęgniarki oddziałowej, dyrekcji szpitala, za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej lub formularza kontaktowego ze strony internetowej szpitala lub do Rzecznika Praw Pacjenta.

Regulaminy poszczególnych oddziałów nie zawierają w swojej treści postanowień dotyczących odpowiedzialności dyscyplinarnej pacjentów, jak również takich, które naruszałyby lub ograniczały bezpodstawnie ich prawa w trakcie hospitalizacji.

Opierając się na rozmowach przedstawicieli Mechanizmu, przeprowadzonych z pacjentami oddziałów umieszczonymi w nich bez zgody, należy stwierdzić, że w wizytowanej placówce nie mają miejsca przypadki niewłaściwego traktowania słownego, czy też fizycznego. Pacjenci podkreślali, że personel jest uprzejmy, kulturalny i podchodzi do nich z troską.

6. Prawo do ochrony zdrowia

Każdy nowoprzyjęty pacjent badany jest przez lekarza psychiatrę w izbie przyjęć obsługującej oddziały psychiatryczne. W trakcie pobytu w oddziałach dostępność lekarzy dla pacjentów nie jest ograniczana. Spotkania mają charakter planowy (wizyty lekarskie, indywidualne badania okresowe); odbywają się także z inicjatywy samych pacjentów lub też w sytuacjach szczególnych (pogorszenie stanu psychicznego, wystąpienie choroby somatycznej itp.).

W przypadkach wystąpienia zaburzeń natury somatycznej, istnieje możliwość konsultacji pacjenta przez lekarza innej specjalności niż psychiatria. W razie konieczności możliwa jest także konsultacja lekarska pacjenta poza obrębem szpitala. Transport pacjentów do lekarzy specjalistów odbywa się w asyście personelu medycznego (o ile jest to konieczne). W czasie transportu nie są stosowane środki przymusu bezpośredniego.

W rozmowach z przedstawicielami KMP, pacjenci potwierdzili informacje przekazywane przez personel oddziałów odnośnie dostępu do opieki medycznej. Rozmówcy wiedzieli, jakie lekarstwa przyjmują; nie zgłaszali także zastrzeżeń dotyczących zabezpieczenia medycznego (psychiatrycznego bądź somatycznego).

7. Prawo do informacji

Prawa i obowiązki pacjentów zostały zawarte w regulaminach poszczególnych oddziałów. Z ich treścią pacjenci są zapoznawani w izbie przyjęć bezpośrednio po przyjęciu, a następnie mają okazję przeczytać ich treść w trakcie pobytu w oddziałach.

Na tablicach ogłoszeń, wywieszonych na korytarzach w każdym z wizytowanych oddziałów zamieszczony był szereg informacji, m.in. regulamin oddziału, informator pacjenta zawierający wszystkie niezbędne informacje związane z pobytem w oddziale, regulamin odwiedzin, dane kontaktowe Rzecznika Praw Pacjenta, plan dnia, informacja o dniach, w których odbywa się msza, zajęcia terapeutyczne, informacja na temat możliwości uzyskania przepustek oraz złożenia skargi.

Przedstawiciele KMP bardzo dobrze oceniają dostęp pacjentów do wszystkich istotnych informacji związanych z pobytem w placówce, zalecają jednakże poszerzenie listy instytucji, do których pacjenci mogą zwrócić się w sytuacji naruszenia ich praw o: Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem na ogólnopolską bezpłatną infolinię – 800 676 676), sędziego rodzinnego i Helsińską Fundację Praw Człowieka.

8. Prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym

Pacjenci umieszczeni w szpitalu bez zgody mają zapewniony kontakt ze światem zewnętrznym poprzez prowadzenie korespondencji, rozmowy telefoniczne oraz odwiedziny. Realizacja rozmów telefonicznych możliwa jest za pomocą samoinkasujących aparatów telefonicznych znajdujących się na korytarzach każdego z oddziałów. Pacjenci mogą także posiadać telefony komórkowe. Aparaty ładowane są w dyżurkach pielęgniarek.

Odwiedziny pacjentów odbywają się w oddziałach codziennie w godzinach 11.00 - 19.00. Co do zasady, pacjenci mogą przyjmować gości w stołówkach lub na holu; w wyjątkowych sytuacjach możliwe są spotkania w salach chorych. Pacjenci mogą także udać się z odwiedzającymi na teren szpitala (tzw. przepustki na wyjścia z rodziną). Z informacji przekazanych wizytującym przez ordynatorki oddziałów wynika, że z kręgu odwiedzających nie są wykluczone dzieci poniżej 14 roku życia. Spotkania z nimi są organizowane jednakże w warunkach ograniczających do minimum możliwość kontaktu z innymi pacjentami oddziału (np. w dyżurkach pielęgniarskich lub pokojach lekarzy, psychologów). Jednakże obowiązujący w szpitalu regulamin odwiedzin zakazuje wprost wizyt nieletnich poniżej 14 roku życia w oddziałach psychiatrycznych. W ocenie przedstawicieli KMP zakaz spotkań z młodszymi dziećmi nie znajduje uzasadnienia w obowiązujących przepisach prawa. Pracownicy KMP rozumieją, że kontakt z osobami chorymi psychicznie może okazać się dla dziecka trudnym doświadczeniem i że umożliwienie odwiedzin może być podyktowane stanem psychicznym pacjenta, a także może zależeć od sytuacji panującej na szpitalnym oddziale. Jednakże w ocenie przedstawicieli Mechanizmu pacjent nie powinien otrzymywać komunikatu o całkowitym zakazie odwiedzin małoletnich dzieci. Ewentualna odmowa zgody winna być wyrażana co do zasady tylko w indywidualnych przypadkach, po uwzględnieniu wszelkich okoliczności istniejących w konkretnej sytuacji. W związku z powyższym niezbędne w ocenie pracowników BRPO jest zniesienie całkowitego i generalnego zakazu odwiedzin pacjentów psychiatrycznych przez dzieci poniżej 14 roku życia.

Część pacjentów posiada tzw. wolne wyjścia poza oddział; inni opuszczają budynek pod opieką terapeuty. Są również tacy, którzy ze względu na swój stan zdrowia nie mogą wychodzić z oddziałów.

Pacjenci, z którymi rozmawiali przedstawiciele KMP, nie zgłaszali uwag związanych z realizacją prawa do kontaktu ze światem zewnętrznym.

9. Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne

Pacjenci mają zapewnioną ofertę zajęć terapeutycznych i kulturalno-oświatowych. Zajęcia odbywają się w dni powszednie w godzinach przed- i poobiednich. Terapia realizowana przed obiadem ma charakter zajęciowy (grupowy), zaś w godzinach popołudniowych przybiera formę indywidualnych spotkań pacjentów z psychologiem, terapeutą czy z lekarzem; pacjenci mogą korzystać wówczas także z zajęć sportowych realizowanych w sali gimnastycznej szpitala jak również z zajęć prowadzonych przez terapeutę. Spośród dostępnych dla pacjentów form terapii wymienić można zajęcia kulinarne, krawieckie, muzyczne, sportowe, plastyczne, spacerowe oraz zabawy taneczne. Poza nimi prowadzone są zajęcia z psychorysunku oraz psychoedukacji (pomoc w rozumieniu objawów choroby i wzbudzanie motywacji do leczenia, pomoc w rozpoznaniu emocji, radzenia sobie ze stresem, sytuacje interpersonalne, problematyka uzależnień).

Dodatkową formę aktywizowania pacjentów stanowią spotkania tzw. społeczności oddziałów organizowane raz w tygodniu. Podczas ich trwania, osoby hospitalizowane mają możliwość zgłaszania swoich problemów oraz wpływania na zmianę poszczególnych elementów organizacji życia w oddziałach (np. jadłospisów).

Terapeuci organizują swoje zajęcia w salach dziennego pobytu pełniących jednocześnie funkcję stołówek, jak również w salach terapeutycznych zlokalizowanych w tzw. łączniku pomiędzy oddziałami, znajdującym się na I piętrze.

W każdym z oddziałów dostępne dla pacjentów są ponadto biblioteczki.

10. Warunki bytowe

Jak wspomniano wyżej, wizytowane oddziały podzielone są na 3 zasadnicze części. W oddziale męskim w odcinku obserwacyjnym wyodrębniono dodatkowo pododdział detoksykacyjny (nie był on objęty wizytacją przedstawicieli KMP). Pomimo nominalnej pojemności oddziałów określonej na 63 miejsca, w każdym znajdują się 3 dodatkowe łóżka znajdujące się w salach pacjentów. Sale pacjentów są 2 – 5 osobowe. Pojemność odcinków w oddziałach jest następująca: A – 8 miejsc, B – 20 łóżek (w tym 10 w pododdziale detoksykacyjnym oddziału męskiego) i C – 38 łóżek. W salach dwuosobowych znajdujących się w częściach obserwacyjnych oddziałów zainstalowany został monitoring z możliwością bieżącego podglądu (jedna sala w oddziale męskim i jedna w żeńskim). Sam stan sal pacjentów ocenić należy jako zadawalający. Pomieszczenia te, mimo że

wieloosobowe są przestronne, zapewniają dostęp do łóżek z trzech stron. Sale wyposażono w szafy służące do przechowywania ubrań pacjentów oraz w szafki przyłóżkowe.

W czasie wizytacji w oddziale żeńskim pozostawały wolne miejsca; w oddziale męskim, z powodu ich braku, istniała konieczność umieszczenia nowoprzyjętego pacjenta na łóżku wystawionym na korytarz. Z informacji przekazanych wizytującym przez ordynatora oddziału wynika, że zastana sytuacja ma w zasadzie charakter permanentny i jest związana z dużą liczbą przyjęć realizowaną w szczególności w weekendy. Nadmierne spożywanie alkoholu przez zdecydowaną większość populacji osób trafiającej do szpitala, powoduje zaostrzenie stanów psychicznych i konieczność natychmiastowej hospitalizacji takich osób. Niebagatelne znaczenie odgrywa w tej sytuacji problem natury systemowej, na który uwagę wizytujących zwrócił dyrektor szpitala w trakcie rozmowy wstępnej. W jego ocenie, 2 oddziały psychiatryczne obsługują w praktyce zbyt duży rejon; pomimo pierwotnych założeń ich funkcjonowania obejmujących 3 powiaty (sochaczewski, łowicki i skierniewicki), od kilku lat trafiają do nich chorzy z dodatkowych 5 powiatów (błoński, mszczonowski, lesznieński, grodziski, kampinoski). Co więcej, znaczny odsetek pacjentów hospitalizowanych w oddziałach stanowią mieszkańcy wschodnich powiatów województwa łódzkiego. Z informacji zawartej w piśmie dyrektora wynika, że z tych rejonów pochodzi co trzeci przyjmowany do oddziałów pacjent. Dostrzegając wzrastające zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów oraz personelu oddziałów, postępującą frustrację kadry, jak również konieczność angażowania jej członków w organizację dodatkowych miejsc w oddziałach, zamiast w podnoszenie jakości świadczonych usług, dyrektor szpitala zwrócił się w dniu 1.07.2014 r. z prośbą do Wojewody Mazowieckiego o zajęcie stanowiska w sprawie zasygnalizowanego problemu. W odpowiedzi udzielonej dyrektorowi w dniu 2.09.2015 r. przez dyrektora Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego w Łódzkim Urzędzie Wojewódzkim wynika, że nie ma obecnie możliwości stworzenia dodatkowych oddziałów psychiatrycznych na terenie szpitali działających w Skierniewicach i Łowiczu.

Pracownicy BRPO podzielają stanowisko dyrektora zmierzające w istocie do poprawy jakości usług dla pacjentów świadczonych przez podległe mu oddziały psychiatryczne. W związku z tym przedstawiciel Mechanizmu zwrócił się w osobnym piśmie do Marszałka Województwa Łódzkiego z pytaniem o możliwości realnego zmniejszenia obciążenia oddziałów psychiatrycznych wizytowanej placówki.

Przedstawiciele KMP przypominają jednocześnie, że wypracowane przez CPT standardy w zakresie hospitalizacji pacjentów, nie dopuszczają innego ich zakwaterowania,

anizeli w salach chorych. Co więcej, Komitet przywiązuje dużą wagę do wyglądu tych miejsc. Zgodnie z jego stanowiskiem, *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 (§ 34 Ósmego Sprawozdania Ogólnego [CPT/Inf (98) 12]).*

Odcinki A posiadają stosunkowo niewielkie powierzchnie mieszkalne. Ze względu na potrzebę wyciszenia, te części oddziałów psychiatrycznych pozbawione są odbiorników Rtv. W ocenie przedstawicieli KMP poprawy wymagają w szczególności warunki bytowe panujące w tych właśnie odcinkach. Przytłaczające wrażenie wywarł na wizytujących oddział kobiecy, w którym w związku z niewielką powierzchnią zajmowaną przez odcinek, pacjentki mogły spędzać czas siedząc na krzesłach znajdujących się w korytarzu tegoż odcinka. Przygnębiający widok potęgowany był dodatkowo przez wyeksploatowany sprzęt kwaterunkowy (krzesła, łóżka). W odniesieniu do tego ostatniego, w ocenie pracowników BRPO wskazane byłoby pozyskanie funduszy przez szpital przeznaczonych na zakup nowych krzeseł, stołów, szaf, a także wymianę niektórych łóżek znajdujących się w salach chorych.

Przedstawiciele KMP podkreślają wielokrotnie w swoich raportach z wizytacji miejsc detencji w Polsce, że ich władze powinny dążyć w praktyce do zachowania zdrowego balansu pomiędzy koniecznością zapewnienia bezpieczeństwa osobom w nich przebywającym, a ich prawem do intymności. Ogląd wizytowanych oddziałów wskazuje niestety, że ich władze stawiają na pierwszym miejscu bezpieczeństwo pacjentów, marginalizując jednocześnie kwestię poszanowania ich intymności stanowiącej jeden z immanentnych filarów ludzkiej godności. W ocenie pracowników BRPO brak możliwości zamknięcia drzwi ubikacji w oddziałowych łazienkach (brak klamek), uniemożliwia załatwianie potrzeb fizjologicznych w warunkach gwarantujących należyłą intymność. Zdaniem przedstawicieli Mechanizmu, bezpieczeństwo pacjentów pozostałoby niezagrażone przy zastosowaniu zatrzasków umożliwiających pełne domknięcie drzwi przez pacjenta korzystającego z toalety przy jednoczesnym łatwym dostępie do niego w razie sytuacji zagrażających jego życiu lub zdrowiu przez członków personelu. Również brak zasłon w prysznicach oddziału męskiego

wymaga uzupełnienia. Na potrzebę zagwarantowania prywatności w toaletach dla pacjentów zwraca również uwagę CPT¹.

Pacjenci spożywają posiłki w salach znajdujących się w oddziałach. Pełnią one jednocześnie funkcje sal dziennego pobytu, miejsc organizacji zajęć terapeutycznych oraz zebrań społeczności. Pacjenci mogą nabywać dodatkowe produkty żywnościowe w sklepiku znajdującym się na I piętrze szpitala lub otrzymywać je przy okazji odwiedzin. Prywatne produkty spożywcze pacjentów mogą być przechowywane w lodówkach oddziałowych. Między posiłkami pacjenci mogą przygotowywać sobie ciepłe napoje; w oddziałach do ich dyspozycji oddane są czajniki elektryczne.

Spośród nielicznych uwag dotyczących oferowanego w szpitalu wyżywienia, do najczęściej powtarzających się należały zarzuty dotyczące niewielkich porcji śniadaniowych oraz kolacyjnych.

11. Sytuacja osób z niepełnosprawnością

Oceniając kwestię dostosowania wizytowanej placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnością wskazać należy, że oddziały są przystosowane do potrzeb takich osób jedynie częściowo. Przedstawiciele KMP zalecają zatem dokonanie przeglądu pomieszczeń, z których korzystają osoby z niepełnosprawnością (w szczególności poruszające się na wózku) opierając się na wskazanych poniżej standardach technicznych:

- szerokość drzwi umożliwiające wjazd wózkiem – 90 cm,
- przestrzeń manewrowa w łazienkach dla osób z niepełnosprawnością poruszających się na wózku – 150 cm,
- umywalki pozbawione cokołów utrudniających podjazd wózkiem,
- stosowanie baterii jednouchwytowych z wydłużoną rączką ułatwiających korzystanie z nich, osobom z niedowładem kończyn górnych,
- brodziki prysznicowe pozbawione co do zasady progów (dopuszczalne są jedynie progi do wys. 2 cm),
- muszle ustępowe zamontowane na wysokości 45 - 55 cm,
- umywalki zamontowane na wysokości 75 cm,

¹ CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2011, str. 51

- lustra w łazienkach zawieszane na wysokości do 100 cm od posadzki (dolna krawędź; pożądanym byłyby lustra umożliwiające ich pochylenie),
- włączniki światel zamontowane na wysokości 90 – 120 cm,
- wysokość łóżka z materacem mierzona od podłogi – 45 – 55 cm.

Szpital psychiatryczny jest miejscem, w którym może zostać umieszczona np. osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim. Obecnie nie mogłaby ona funkcjonować w placówce samodzielnie. Warto zaznaczyć, że zgodnie z przyjętą w dniu 1 sierpnia 1997 r. 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 r. ratyfikowała przyjętą w dniu 13 grudnia 2006 r. 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.

Z tego też powodu pracownicy Mechanizmu zalecają dostosowania placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnością fizyczną.

12. Prawo do praktyk religijnych

Nabożeństwa odprawiane są kaplicy szpitalnej usytuowanej poza oddziałami. Pacjenci, których stan zdrowia na to pozwala (korzystający z tzw. wolnych wyjść) uczęszczają na msze święte. Z informacji przekazanych wizytującym przez personel poszczególnych oddziałów wynika, że na ich terenie pacjenci mogą korzystać także z indywidualnych usług religijnych. Osoby, z którymi rozmawiali przedstawiciele KMP nie zgłaszały uwag w tym zakresie.

13. Zalecenia

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

I. Dyrektorowi Szpitala Powiatowego w Sochaczewie:

1. stosowanie unieruchomienia w salach wieloosobowych w sposób gwarantujący zapewnienie intymności osobie poddanej przymusowi;
2. odniesienie się do wątpliwości dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego opisanych w pkt 5 Raportu (brak chwilowego zwolnienia; brak wskazania osób biorących udział w stosowaniu unieruchomienia);

3. ewidencjonowanie przymusowych podań leków jako środków przymusu bezpośredniego;
4. odstąpienie od zasady noszenia pidżam przez pacjentów odcinków obserwacyjnych;
5. zmianę regulaminu odwiedzin poprzez wykreślenie zakazu odwiedzania pacjentów przez dzieci poniżej 14 r.ż.;
6. zamontowanie zatrząsków w drzwiach sanitariatów oraz przesłon pod prysznicami w oddziale męskim;
7. pomalowanie pomieszczeń oddziałów połączone z wymianą wyeksploatowanych mebli;
8. rozważenie rozbudowy i poprawę estetyki istniejących odcinków obserwacyjnych;
9. dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnością przy okazji jej najbliższego remontu;
10. uzupełnienie informacji zamieszczonych na tablicy informacyjnej o adresy Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem na ogólnopolską bezpłatną infolinię – 800 676 676) sędziego rodzinnego i Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.

II. Staroście Sochaczewskiemu

1. przekazanie środków finansowych niezbędnych do realizacji zaleceń wymagających nakładów pieniężnych