

BPK.574.1.2018.MK

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
Szpitala Psychiatrycznego w Toszku
(wyciąg)**

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 18-21 czerwca 2018 r. Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Mechanizm) przeprowadził wizytację Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Psychiatrycznego w Toszku (zwanego dalej: Szpitalem, placówką).

W skład zespołu wizytującego wchodziło: Marcin Kusy (prawnik), Aleksandra Osińska (psycholog), Michał Żłobecki (prawnik), Michał Kleszcz (prawnik, przedstawiciel Biura Pełnomocnika Terenowego RPO w Katowicach).

W wizytacji uczestniczył również dr n. med. Leszek Asman, lekarz specjalista psychiatra (dalej ekspert KMPT), którego ekspertyza została włączona w treść niniejszego raportu.

Celem wizytacji KMPT, zgodnie z art. 19 OPCAT, było sprawdzenie sposobu traktowania osób zatrzymanych przebywających w placówce, by wzmocnić, jeśli to niezbędne, ich ochronę przed torturami oraz innym okrutnym, niehumanitarnym lub poniżającym traktowaniem albo karaniem, a następnie przedstawić rekomendacje właściwym władzom mając na uwadze poprawę traktowania oraz warunków zapewnionych osobom pozbawionym wolności i zapobieganie torturom oraz innemu okrutnemu, niehumanitarnemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu, w zgodzie z odpowiednimi standardami organizacji międzynarodowych. Przedstawiciele KMPT

interesowali się szczególnie traktowaniem pacjentów przebywających w oddziale bez zgody, na podstawie art. 23 ust. 1, art. 24 ust. 1, art. 28i 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 rozmowę z dr. n. med. Anną Rusek – Dyrektorem Szpitala,
- dokonano oglądu pomieszczeń placówki, w tym sal pacjentów, sanitariatów, jadalni, sali terapii, izby przyjęć i izolatki,
- podczas oglądu placówki 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 Szpitala i wybranej dokumentacji.

Przedstawiciele KMPT poinformowali Dyrektora Szpitala o ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności oraz wysłuchali jej uwag i wyjaśnień.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano wybraną dokumentację oraz zapis monitoringu, dokumentujący zastosowanie wobec pacjenta przymusu bezpośredniego.

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 jedynie te obszary, które w ocenie KMPT wymagają poprawy. Raport zawiera także problemy systemowe, wymagające zmian legislacyjnych.

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. Ogólna charakterystyka placówki

W placówce wyodrębniono 6 oddziałów psychiatrycznych ogólnych – dwa żeńskie i 4 męskie. Pojemność każdego z oddziałów wynosi 45 łóżek.

W czasie wizytacji w Szpitalu przebywało 35 pacjentów przyjętych w trybie bez zgody.

4. Problemy systemowe

4.1. Monitoring w szpitalach psychiatrycznych

Podczas wizytacji placówki monitoringiem wizyjnym objęte były: sale obserwacyjne, korytarze i drzwi wejściowe.

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

Była ona też przedmiotem wystąpienia generalnego Rzecznika do Ministra Zdrowia, który zapowiedział, że postulaty zgłoszone przez RPO zostaną uwzględnione przy planowanej nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego². Problem ten wciąż jest jednak aktualny pomimo nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, która, za wyjątkiem uregulowania dotyczącego pomieszczenia przeznaczonego do izolacji, nie zawiera przepisów regulujących kwestię monitoringu. Kwestia stosowania monitoringu wizyjnego w miejscu pozbawienia wolności, wiąże się w sposób

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.

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.

niezłączny 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 w dniu 4 listopada 1950 r. (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.* Ponawiając wystąpienie generalne w dniu 5 października 2018 r. Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się do Ministra Zdrowia o przedłożenie projektu przepisów regulujących stosowanie monitoringu wizyjnego w szpitalach³.

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 Niepełnosprawnych 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.

Brak sygnalizacji przyzywowej w szpitalach psychiatrycznych jest problemem systemowym, sygnalizowanym władzom krajowym przez KMPT w raporcie z działalności w 2016 r. Stanowił on przedmiot wystąpienia generalnego do Ministra Zdrowia, w którym Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się o rozważenie podjęcia

³ Wystąpienie generalne RPO z dnia 5.10.2018 r. do MZ, KMP.574.8.2015.

działań legislacyjnych polegających na wprowadzeniu stosownego wymogu w obowiązujących przepisach. 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 fizycznie. Sprawa pozostaje w zainteresowaniu Rzecznika Praw Obywatelskich.

5. Obszary wymagające poprawy

5.1. Traktowanie

Opierając się na rozmowach przedstawicieli KMPT przeprowadzonych z pacjentami należy stwierdzić, że w oddziale nie występują przypadki niewłaściwego traktowania, słownego czy fizycznego. Pacjenci wskazywali również, iż w oddziale panuje dobra atmosfera, a personel dba o ich potrzeby.

W trakcie analizy dokumentacji związanej ze stosowaniem środków przymusu bezpośredniego stwierdzono następujące uchybienia dotyczące zasad dokumentowania przymusu na kartach zastosowania unieruchomienia lub izolacji (załącznik nr 5 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania):

- brak czytelnych podpisów osób zlecających unieruchomienie,
- brak czytelnych podpisów osób zlecających zakończenie unieruchomienia,
- brak czytelnych podpisów osób wykonujących unieruchomienie,
- brak możliwości jednoznacznego rozróżnienia, który z zapisanych na karcie lekarzy jest przedłużającym przymus, a który opiniującym.

Nie we wszystkich sprawdzanych przypadkach zachowano również wymogi wynikające z art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, dotyczące konieczności uzyskiwania opinii drugiego lekarza (będącego psychiatrą) przy przedłużaniu przymusu na każdy z kolejnych okresów powyżej 4 godzin oraz konieczności przedłużania przymusu bezpośredniego powyżej 16 godzin wyłącznie przez lekarza będącego psychiatrą.

5.2. Legalność pobytu

Przedstawiciele KMPT odnotowali, że w dokumentacji jednej z pacjentek, przyjętej w trybie art. 23 u.o.z.p., brak było postanowienia sądu o umieszczeniu w szpitalu, w związku z czym zwracają się do Dyrektora placówki z prośbą o udzielenie informacji na temat przyczyn wskazanego braku oraz przesłanie kopii postanowienia.

W związku z sygnałami, wskazującymi na nieprawidłowości w zakresie legalności pobytu niektórych pacjentów szpitala przekazanymi wizytującym przez Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w Toszku, zwrócono się do Rzecznika Praw Pacjenta o udzielenie informacji w sprawie trzech pacjentek. Badanie tych przypadków zostało wyłączone do odrębnego prowadzenia w Biurze Pełnomocnika Terenowego RPO w Katowicach.

5.3. Personel

Ekspert KMPT, analizując wykaz szkoleń przeprowadzonych w placówce, zwrócił uwagę na konieczność przeprowadzenia szkolenia lekarzy i innych pracowników medycznych (poza pielęgniarkami) w zakresie udzielania pomocy medycznej w stanach nagłych (zagrożenie życia).

5.4. Warunki bytowe

Warunki bytowe zapewnione pacjentom należy uznać za przeciętne. Ściany niektórych sal chorych wymagały odświeżenia i odmalowania, a sprzęt kwaterunkowy (szafki przy łózkach) – odnowienia. W związku z powyższym przedstawiciele KMPT zalecają systematyczne odświeżanie sal chorych oraz wymianę szafek przyłóżkowych.

W trakcie przeprowadzonych rozmów przedstawiciele RPO odnotowali, że pacjenci obawiają się przechowywać pieniądze przy sobie z uwagi na liczne kradzieże, dokonywane przez innych pacjentów, a dostęp do szafek depozytowych jest utrudniony z uwagi na ich umiejscowienie poza oddziałami. W związku z powyższym reprezentanci KMPT zalecają podjęcie działań mających na celu ułatwienie pacjentom dostępu do rzeczy przechowywanych w depozycie.

Wizytujący zwrócili uwagę, że nie każde łóżko w salach chorych miało zapewniony dostęp z trzech stron. Fakt ten stoi w sprzeczności z § 18 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność

leczniczą (Dz. U. z 2012 r., poz. 739), zgodnie z którym łóżka w pokojach pacjentów powinny być dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. Mając na uwadze powyższe przedstawiciele RPO zalecają zapewnienie pacjentom dostępu do łóżek z trzech stron.

5.5. Prawo do informacji

Prawo do informacji stanowi podstawową gwarancję prewencji tortur. Otrzymanie przez osobę pozbawioną wolności zrozumiałych i aktualnych informacji o istotnych kwestiach, np. przysługujących prawach, obowiązujących procedurach, sposobie składania skarg, zwiększa poczucie bezpieczeństwa, pozwala odgrywać aktywną rolę w zabezpieczeniu własnych praw, ułatwia dostęp do mechanizmów skargowych, przez co pełni rolę prewencyjną w zapobieganiu przemocy.

Wizytujący stwierdzili braki w postaci podpisów pacjentów pod oświadczeniami o zapoznaniu z ich prawami i obowiązkami oraz oddaniem rzeczy do depozytu. KMPT zaleca każdorazowe zapoznawanie pacjentów z ich prawami i obowiązkami oraz odbieranie ich podpisów pod wszelkimi oświadczeniami, które są w stanie zrozumieć oraz mogą wyrazić w danym zakresie swoją wolę.

5.6. Dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

Oddział Szpitala jest częściowo dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami (łazienki wyposażone w uchwyty i krzeselka prysznicowe, windy). W celu pełnego dostosowania placówki konieczne jest dokonanie przeglądu pomieszczeń, z których mogłyby korzystać takie osoby oraz spełnienie następujących standardów:

- szerokość drzwi nie mniejsza niż 90 cm,
- progi do wysokości 2 cm (pożądany byłby brak progów),
- wysokość klamek, włączników światła, przycisków itp.- 90-120 cm,
- przestrzeń manewrowa – 150 cm x 150 cm,
- w sanitariatach - brodzik nie posiadający progu lub do 2 cm wysokości,
- wysokość muszli ustępowej powinna oscylować między 45 a 55 cm,
- 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),
- umywalka na wysokości 85 cm – górna krawędź i 70 cm – dolna krawędź z możliwością podjazdu wózkiem,

- lustra w łazienkach zawieszane na wysokości do 100 cm od posadzki (dolna krawędź; pożądane byłyby lustra umożliwiające ich pochylenie),
- stosowanie baterii jednouchwytowych z wydłużoną rączką lub na fotokomórkę, ułatwiającą korzystanie z nich osobom z niedowładem kończyn górnych,
- uchwyt do papieru umieszczony na wysokości do 120 cm,
- w jadalni wysokość stołu powinna oscylować między 67-80 cm (miejsce na nogi osoby siedzącej na wózku powinno wynosić min. 30 cm),
- tablice informacyjne powinny znajdować się na wysokości od 80 cm (dolna krawędź) do 180 cm (górną krawędź).

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

W związku z powyższym KMPT zaleca pełne dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnością podczas najbliższych remontów placówki.

5.7. Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne

Ekspert KMPT, analizując ofertę terapeutyczną z zakresu pomocy psychologicznej, pomimo szerokiego zakresu uznał, że wskazane byłoby prowadzenie oddziaływań terapeutycznych dla pacjentów także w weekendy oraz w godzinach popołudniowych w dni powszednie. Pozbawienie pacjentów tej formy terapii we wskazanych okresach nie sprzyja procesowi ich rehabilitacji i może prowadzić do wydłużenia okresu leczenia.

Powyższa kwestia została również uregulowana w § 6.2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych Zgodnie z tym przepisem *w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy pacjentom zapewnia się również dostęp do zorganizowanych form aktywności*

usprawniających ich adaptację społeczną. W związku z powyższym wizytujący zalecają rozszerzenie oferty zajęć również na dni wolne od pracy.

5. Zalecenia

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca Dyrektorowi Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Psychiatrycznego w Toszku:

1. systematyczne odświeżanie sal chorych oraz wymianę szafek przyłóżkowych;
2. zainstalowanie sygnalizacji przyzywowej w salach chorych;
3. każdorazowe zapoznawanie pacjentów z ich prawami i obowiązkami oraz odbieranie ich podpisów pod wszelkim oświadczeniami, które są oni w stanie zrozumieć oraz mogą wyrazić w danym zakresie swoją wolę;
4. organizację zajęć terapeutycznych dla pacjentów w weekendy oraz w tygodniu w godzinach popołudniowych;
5. przeprowadzenie szkolenia lekarzy i innych pracowników medycznych (poza pielęgniarkami) w zakresie udzielania pomocy medycznej w stanach nagłych (zagrożenia życia);
6. prawidłowe dokumentowanie zastosowania środków przymusu bezpośredniego na Kartach zastosowania unieruchomienia lub izolacji;
7. precyzyjne dokumentowanie w zakresie danych personalnych osób (lekarzy) podejmujących decyzje o przedłużaniu przymusu bezpośredniego i wyrażających opinie w tej kwestii;
8. zapewnienie pacjentom dostępu do łóżek z trzech stron;
9. podjęcie działań mających na celu ułatwienie pacjentom dostępu do rzeczy przechowywanych w depozycie;
10. pełne dostosowanie placówki, podczas najbliższych remontów, do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.