

Warszawa, dnia 4 czerwca 2012 r.

RPO-701428-VII-720.1/12/KC

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji
z wizytacji w Szpitalu im. dr J. Babińskiego
Specjalistycznego Psychiatrycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Łodzi
(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 z dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. 2007 Nr 30, poz. 192) oraz działając z upoważnienia Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniu 12 kwietnia 2012 r., do Szpitala im. dr J. Babińskiego Specjalistycznego Psychiatrycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łodzi, przy ul. Aleksandrowskiej 159 (zwanego dalej: Szpitalem, placówką) udali się pracownicy Zespołu „Krajowy Mechanizm Prewencji” (zwanego dalej KMP lub Mechanizmem): Justyna Józwiak (politolog z zakresu resocjalizacji) oraz Karolina Chyła (pedagog resocjalizacyjny). W wizytacji wziął również udział ekspert KMP – Jolanta Paszko (lekarz psychiatra). Wyniki ekspertyzy zostały włączone w treść Raportu.

Działając jako Krajowy Mechanizm Prewencji, osoby wizytujące sprawdziły na miejscu sposób przestrzegania praw osób umieszczonych w Szpitalu w ramach środka zabezpieczającego, o którym mowa w art. 94 § 1 Kodeksu karnego [zwanym dalej:

internowanymi], dokonując oceny pod względem ich ochrony przed torturami oraz innym, nieludzkim lub poniżającym traktowaniem albo karaniem.

W ramach wizytacji wykonano następujące czynności:

- przeprowadzono rozmowy z panem dr n. med. Zbigniewem Wawrzyniakiem – zastępcą dyrektora placówki, ordynatorem i personelem oddziału dla pacjentów internowanych (oddział VI B) oraz Rzecznikiem Praw Pacjentów Szpitala Psychiatrycznego;
- dokonano oglądu budynku przeznaczonego na zamieszkanie pacjentów internowanych (oddział VI B), w tym: pokoi pacjentów, gabinetu lekarskiego, sanitariatu, jadalni;
- przeprowadzono rozmowy indywidualne z losowo wybranymi pacjentami;
- poddano analizie wybraną dokumentację, dostępną na miejscu m.in. książki raportów pielęgniarских, historie chorób i opinie psychiatryczne losowo wybranych pacjentów, książkę ruchu chorych, książkę stosowania środków przymusu bezpośredniego.

Pracownicy Krajowego Mechanizmu Prewencji poinformowali zastępcę dyrektora o ustaleniach dokonanych w ramach powyższych czynności, a także wysłuchali jego uwag i wyjaśnień.

Po zakończeniu wizytacji przeanalizowano: Statut Specjalistycznego Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Łodzi, regulamin oddziału VI B, rozkład dnia w oddziale VI B, regulamin dla osób odwiedzających chorych w szpitalu, ofertę zajęć terapeutycznych i kulturalno-oświatowych, procedury: stosowania środków przymusu bezpośredniego, postępowania w przypadku samowolnego oddalenia się pacjenta z oddziału lub terenu szpitala i przeniesienia pacjenta z oddziału na oddział w obrębie szpitala, standardy przyjęcia pacjenta w Izbie Przyjęć i na oddział, standardy opieki nad pacjentem hospitalizowanym – kryterium procesu oraz opieki pielęgniarской nad pacjentem z zachowaniami samobójczymi, Zarządzenie Nr 16/2012 Dyrektora Specjalistycznego Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Łodzi z dnia 28 marca 2012 r. w sprawie wprowadzenia procedury przeszukiwania osobistych rzeczy pacjentów, protokoły kontroli z dnia 31 maja 2011 r. i z dnia 4 kwietnia 2012 r. Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego

w Łodzi, listę pacjentów internowanych i czas ich pobytu w szpitalu, dane na temat wykształcenia pracowników, jadłospis dekadowy.

2. Charakterystyka placówki.

Szpital im. dr J. Babińskiego Specjalistycznego Psychiatrycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łodzi jest podmiotem leczniczym prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Placówka ta jest jednym z najstarszych i największych szpitali psychiatrycznych w Polsce. Dysponuje ok. 500 miejscami.

W skład Szpitala wchodzi 5 oddziałów ogólnopsychiatrycznych oraz następujące oddziały specjalistyczne: oddział psychogeriatryczny, psychiatryczny dla dzieci, terapii uzależnień od alkoholu, leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, detoksykacji od narkotyków i innych środków psychoaktywnych, terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi. Ponadto, mieszczą się tu także: Klinika psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Izba Przyjęć Psychiatryczna, apteka zakładowa, gabinet elektrowstrząsów, pracownice rehabilitacji psychiatrycznej, diagnostyki laboratoryjnej, elektrodiagnostyki, diagnostyki obrazowej, punkt leczenia substytucyjnego, pododdział leczenia zaburzeń nerwicowych, oddział psychiatrii sądowej, oddział dzienny psychiatryczny dla dzieci i młodzieży, zespół leczenia środowiskowego i zespół leczenia środowiskowego dla dzieci i młodzieży.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. z 2004 r. Nr 179, poz. 1854 ze zm.), Szpital im. dr J. Babińskiego przeznaczony jest również do wykonywania środków zabezpieczających w warunkach podstawowego zabezpieczenia i w związku z tym dysponuje 20 miejscami dla sprawców czynów zabronionych popełnionych w stanie niepoczytalności.

Spośród wymienionych wyżej oddziałów jeden oddział przeznaczono dla internowanych mężczyzn - oddział VI B. Internowane kobiety natomiast umieszczane są w oddziałach ogólnopsychiatrycznych kobiecych.

3. Legalność pobytu

W dniu wizytacji w Szpitalu przebywało 17 pacjentów internowanych, w tym dwie kobiety. Średni pobyt w oddziale wynosił ok. 3 lata i 5 miesięcy, natomiast najdłuższy pobyt pacjenta internowanego w dniu wizytacji wynosił 14 lat i 6 miesięcy. Należy w tym miejscu zaznaczyć, iż analiza akt chorego, który najdłużej przebywa w oddziale wykazała, iż od wielu lat opinie sądowo-psychiatryczne są powielane (stanowią kopię wcześniejszych opinii), natomiast z rozmowy z pacjentem wynika, że konsultowany jest on przez lekarza psychiatrę co 6 miesięcy. W opinii Mechanizmu opisana sytuacja jest bardzo niepokojąca, na podstawie powyższego można bowiem przypuszczać, że pacjent nie jest poddawany właściwym oddziaływaniom terapeutycznym lub dotychczasowe leczenie wymaga zmiany. Można również przypuszczać, że weryfikacja stanu zdrowia pacjenta i tym samym konieczności kontynuowania środka zabezpieczającego jest jedynie iluzją. Ponadto, personel wspomniał, że pacjent ten w ich opinii nie poradziłby sobie w społeczeństwie ze względu na brak zapewnionego zaplecza socjalnego. Powyższe stwierdzenie pracowników rodzi pytanie, czy o konieczności przebywania w oddziale szpitala psychiatrycznego w tym przypadku decyduje stan psychiczny pacjenta, czy jego zła sytuacja socjalna? W ocenie KMP kontynuowanie stosowania środka zabezpieczającego powinno być zależne od stanu zdrowia pacjenta, a nie uwarunkowane jego sytuacją materialną. W sytuacji, gdy pacjent nie ma zapewnionych odpowiednich warunków mieszkaniowych warto podjąć starania zmierzające do zapewnienia mu takich, nie należy natomiast w takim przypadku przedłużać izolacji. Mechanizm zaleca dyrektorowi Szpitala monitorowanie sytuacji omawianego pacjenta, sprawdzenie zasadności kontynuowania środka zabezpieczającego bądź też zintensyfikowanie lub zmianę oddziaływań terapeutycznych prowadzonych wobec niego.

Ponadto, analiza teczek sądowych pacjentów wykazała, że w przypadku jednego pacjenta (przyjętego do szpitala 23 stycznia br.) stwierdzono brak postanowienia sądu o zastosowaniu środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym. Sprawa ta jest badana przez Krajowy Mechanizm Prewencji i po jej zakończeniu zostanie sporządzona osobna notatka.

Z książki ruchu pacjentów wynika natomiast, że od początku 2011 r. do dnia wizytacji ze Szpitala zostało zwolnionych 7 pacjentów internowanych, w tym 6 osób do domu rodzinnego i jedna osoba do domu pomocy społecznej.

4. Personel

W oddziale VI B zatrudnionych jest 20 osób, w tym: 2 lekarzy, 10 pielęgniarek i pielęgniarz, instruktor terapii zajęciowej, psycholog, 4 salowe i sekretarka medyczna. Spośród personelu 7 osób ma wykształcenie wyższe, natomiast 9 osób dodatkowo uczestniczyło w specjalistycznych kursach m.in. z zakresu organizacji i zarządzania, postępowania w przypadkach zachowań agresywnych, postępowania w stanach zagrożenia życia. Ponadto, z informacji uzyskanych od Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego wynika, że personel oddziału uczestniczy również w szkoleniach organizowanych przez wskazanego Rzecznika na temat przestrzegania praw pacjentów.

Podczas zmiany w oddziale dyżur pełnią: ordynator oddziału, 3 pielęgniarki (oddziałowa i dwie zmianowe), psycholog, terapeuta zajęciowy, dwie salowe i sekretarka medyczna.

W opinii KMP, biorąc po uwagę, iż wizytowany oddział przeznaczony jest dla mężczyzn, warto dążyć do zatrudnienia również mężczyzn-pielęgniarzy, by w pełni respektować prawo pacjentów do intymności - przykładowo w sytuacjach, gdy pacjent nie chce, aby osoba przeciwnej płci dokonywała kontroli osobistej, bądź pomagała w zabiegach pielęgnacyjnych, w celu zniwelowania jego poczucia wstydu i zakłopotania pożądanym, z punktu widzenia ochrony praw pacjentów, byłoby wykonywanie powyższych czynności przez pracownika tej samej płci.

5. Traktowanie

Z informacji uzyskanych od pracowników oddziału wynika, że w 2011 r. i w 2012 r. (do dnia wizytacji) wobec osób internowanych nie stosowano środków przymusu bezpośredniego, nie było również wydarzeń nadzwyczajnych z udziałem tych pacjentów. Ponadto, wobec personelu wizytowanego oddziału nie były prowadzone postępowania dyscyplinarne ani sądowe. Z rozmów z pacjentami oraz obserwacji wizytujących wynika, że atmosfera panująca w oddziale jest dobra i przyjazna. Pacjenci nie zgłaszali żadnych zastrzeżeń w kwestii traktowania ich przez personel.

6. Dyscyplinowanie

Z informacji udzielonych przez pacjentów oraz personel oddziału wynika, że w oddziale miała miejsce sytuacja polegająca na naruszeniu przez jednego z pacjentów obowiązującego regulaminu oddziału. W konsekwencji ww. sytuacji wszyscy pacjenci oddziału VI B zostali ukarani zakazem wyjść na spacer przez okres tygodnia. W ocenie Mechanizmu powyższa sytuacja jest niedopuszczalna. Mechanizm podkreśla, iż zgodnie z obowiązującymi standardami międzynarodowymi stosowanie odpowiedzialności zbiorowej jest zakazane, a prawo osoby pozbawionej wolności do codziennych zajęć na świeżym powietrzu nie może być ograniczane w ramach kary. KMP zaleca zaprzestanie stosowania zbiorowych środków dyscyplinujących, ograniczających prawa pacjentów.

7. Prawo do ochrony zdrowia

7.1. Internowani mają zapewniony kontakt z psychiatrą: każdego dnia w oddziale odbywa się obchód lekarski. W rozmowach z wizytującymi nie skarżyli się na brak dostępu do lekarza psychiatry. Wątpliwości Mechanizmu wzbudził natomiast sposób prowadzenia dokumentacji medycznej. Stwierdzono, iż dokumentacja historii choroby prowadzona była w sposób chaotyczny, opisy stanu pacjenta nierzadko były pobieżne i nieczytelne, brakowało również

okresowych podsumowań stanu psychicznego oraz stanu somatycznego pacjenta. KMP podkreśla, że ww. sposób prowadzenia historii choroby utrudnia szybką orientację w problemach zdrowotnych pacjenta w razie potrzeby np. w warunkach dyżurowych czy stanach nagłych. Chaos i nieczytelne wpisy mogą przyczynić się do tego, że istotne dane dotyczące stanu zdrowia pacjenta zostaną niezauważone, co następnie może spowodować szkody dla zdrowia i życia pacjenta.

Ponadto, należy raz jeszcze podkreślić, iż brak czytelnych i wyczerpujących wpisów okresowych kontroli stanu zdrowia pacjentów w połączeniu z powielanymi treściami zawartymi w okresowych opiniach sądowo-psychiatrycznych (na co zwrócono uwagę w pkt 3. Raportu) sugerują, że takie oceny nie są wykonywane lub wykonywane pobieżnie, co może przekładać się na niewłaściwe leczenie pacjenta i/lub przedłużanie jego pobytu w szpitalu w ramach detencji.

7.2. Personel oddziału wskazał, że pacjenci mają dostęp do niezbędnych konsultacji lekarskich innych specjalistów niż psychiatra. W wizytowanej placówce dostępni są lekarze: internista, stomatolog i neurolog. W celu skonsultowania się z lekarzami innych specjalizacji pacjenci dowożeni są do najbliższych poradni, należy jednak zaznaczyć, iż oczekują oni na wizytę w kolejce tak jak pacjenci ambulatoryjni. W stanach nagłych zachorowań konsultacje odbywają się w trybie pilnym. W rozmowach indywidualnych pacjenci nie zgłaszali zastrzeżeń także do kwestii dostępu do lekarzy innych specjalizacji.

8. Prawo do informacji

W ocenie Mechanizmu prawo do informacji w oddziale VI B jest przestrzegane. Na korytarzu na tablicy powieszony jest regulamin oddziału. Ponadto, jak wynika z informacji otrzymanych od personelu, każdy nowo przyjęty pacjent jest zapoznawany z regulaminem, swoimi prawami i obowiązkami w pierwszych dniach pobytu w placówce. Na prośbę pacjenta udostępniana jest również ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159, tekst jednolity). Dodatkowo, raz na dwa

miesiące w spotkaniach społeczności oddziału, czyli w spotkaniach wszystkich pacjentów oddziału VI B i jego personelu, uczestniczy Rzecznik Praw Pacjenta, który informuje, edukuje i przypomina pacjentom o przysługujących im prawach.

Krajowy Mechanizm Prewencji zaleca ponadto, powieszenie na tablicy informacyjnej adresów innych instytucji, do których pacjenci mogą zwrócić się w sytuacji naruszenia ich praw, tj. adresy Rzecznika Praw Obywatelskich, sędziego rodzinnego, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka.

9. Prawo do kontaktów ze światem zewnętrznym

Pacjenci internowani mają zapewniony kontakt ze światem zewnętrznym poprzez prowadzenie korespondencji, rozmowy telefoniczne oraz odwiedziny. Wymienione wyżej formy utrzymywania kontaktu z bliskimi osobami w wizytowanej placówce nie podlegały żadnym ograniczeniom.: telefon dla internowanych był dostępny na oddziale, pacjenci mogli również korzystać z własnym telefonów komórkowych, każdego dnia istniała możliwość odwiedzin pacjentów przez osoby spoza szpitala, również ich listy nie podlegały cenzurze. W rozmowach indywidualnych z internowanymi przedstawiciele KMP nie odebrali żadnych uwag w temacie realizacji ich prawa do kontaktu ze światem zewnętrznym.

Zastrzeżenia Mechanizmu wzbudził natomiast brak odpowiednich warunków do realizacji odwiedzin pacjenta przez rodzinę - brak pokoju, w którym internowany mógłby się spotkać z bliskimi bez obecności innych pacjentów i z zapewnieniem bezpieczeństwa odwiedzającym, szczególnie dzieciom. Jak wynika z wyjaśnień personelu brak ww. miejsca do zrealizowania odwiedzin dzieci w warunkach dla nich bezpiecznych przyczynia się do odradzania rodzinom odwiedzania pacjentów przez dzieci poniżej 7 roku życia. W ocenie Mechanizmu obowiązkiem Dyrektora placówki jest stworzenie pacjentom internowanym i ich rodzinom warunków do realizacji odwiedzin z zachowaniem prawa do prywatności i bezpieczeństwa osób odwiedzających.

Ponadto, kwestią wymagającą modyfikacji w omawianym temacie jest brak uprawnienia osób internowanych do korzystania z przepustek na okresowe

przebywanie poza szpitalem. Możliwość otrzymywania ww. przepustek i tym samym utrzymywania stałej więzi ze środowiskiem może przyspieszyć proces zdrowienia. W ocenie Krajowego Mechanizmu Prewencji należy dążyć do zmiany obowiązujących przepisów w celu stworzenia możliwości czasowego opuszczania szpitala przez pacjentów, wobec których orzeczono środek zabezpieczający na podstawie art. 94 § 1 K.k.w. Warto podkreślić, że sprawdzenie, jak pacjent radzi sobie w pozaszpitalnym środowisku społecznym, byłoby źródłem cennych informacji na temat efektów leczenia i procesu resocjalizacji.

10. Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne

Zgodnie z rozkładem dnia pacjenci w godzinach 9.00-12.00 oraz 14.00-15.00 mają możliwość uczestniczenia w różnorodnych zajęciach terapeutycznych. Analiza dokumentacji wykazała, że w oddziale prowadzone są m.in. warsztaty terapii zajęciowej wykorzystującej różnorodne techniki plastyczno-manualne, treningi umiejętności społecznych: treningi przygotowujące do szukania i podjęcia pracy, zajęcia relaksacyjne/muzykoterapia oraz warsztaty psychologiczne, tj. zajęcia integracyjne, treningi funkcji poznawczych, treningi zdolności interpersonalnych, treningi asertywności, wzmacnianie samooceny, radzenie sobie ze stresem, radzenie sobie z trudnymi emocjami, identyfikowanie i wzmacnianie zasobów osobistych, psychoedukacja i promocja zdrowia. Pacjentom internowanym zapewnia się każdego dnia gimnastykę poranną oraz spacer na świeżym powietrzu, a w porze letniej organizowane są dla nich grille. Dodatkowo, raz w tygodniu odbywa się spotkanie społeczności mające na celu omówienie spraw dotyczących funkcjonowania placówki. Na terenie szpitala organizowane są również imprezy okolicznościowe dla pacjentów wszystkich oddziałów placówki.

Z informacji uzyskanych od pacjentów oraz obserwacji wizytujących wynika natomiast, że oferta zajęć kulturalno-oświatowych i terapeutycznych jest uboga, pacjenci nie mają zapewnionych odpowiednich pomieszczeń do przeprowadzania ww. zajęć. Większość dnia spędzają w oddziale, na bardzo małej powierzchni.

W rozmowach skarżyli się na brak terapii zajęciowej, natomiast spośród organizowanych zajęć k-o wymieniali jedynie spacer i muzykoterapię.

W rozmowie z psychologiem ustalono, że pacjentom nie sporządza się indywidualnych planów terapii. W ramach prowadzonych oddziaływań psycholog przeprowadza rozmowy diagnostyczne i terapeutyczne, jednakże w większym stopniu oddziaływania te nastawione są na pojedyncze interwencje, niż zaplanowany proces terapeutyczny dla poszczególnych pacjentów. Należy w tym miejscu podkreślić, iż zgodnie z zaleceniami CPT: *„Leczenie psychiatryczne powinno opierać się na zindywidualizowanym podejściu, które implikuje sporządzenie planu leczenia dla każdego pacjenta. Plan taki powinien obejmować szeroki zakres czynności rehabilitacyjnych i terapeutycznych, kontakt ze sztuką, teatrem, muzyką i sportem. Pacjenci powinni mieć regularny dostęp do właściwie wyposażonych pokoiów rekreacyjnych oraz mieć możliwość codziennych ćwiczeń na świeżym powietrzu; pożądane jest także stworzenie pacjentom możliwości nauki i odpowiedniej pracy”* [CPT/Inf (98) 12]. Mechanizm zaleca tworzenie indywidualnych planów terapii dla pacjentów i zintensyfikowanie oddziaływań terapeutycznych, w tym poszerzenie oferty zajęć o aktywności poza oddziałem.

11. Warunki bytowe

Oddział VI B, w którym umieszczani są pacjenci internowani zajmuje wolnostojący budynek jednokondygnacyjny. Budynek ten w dniu wizytacji był utrzymany w czystości, jednakże należy zaznaczyć, że jest jednym z najstarszych i zaniedbanych budynków w porównaniu do pozostałych oddziałów szpitalnych. Pacjenci rozlokowani byli w 4 pokojach wieloosobowych (3-, 4-, 6- i 9-osobowym) wyposażonych w łóżka i szafki przyłóżkowe/”nocne”. Ponadto, w oddziale wyodrębniono dla pacjentów sanitariat z kabiną prysznicową i dwoma kabinami WC oraz niewielkie pomieszczenie pełniące funkcję stołówki, świetlicy, sali TV, miejsca odwiedzin i miejsca terapii. Podkreślenia wymaga fakt, że szpital do końca 2011 r. dysponował oddzielnymi pomieszczeniami do terapii zajęciowej i salą gimnastyczną, z których mogli korzystać pacjenci z całego szpitala, jednakże decyzją Inspektora Sanitarnego pomieszczenia te zostały wyłączone z użytku.

Pacjenci oddziału VI B złożyli skargę do Rzecznika Praw Pacjenta dotyczącą ograniczenia ich przestrzeni wyznaczonej do terapii zajęciowej i rekreacji, wynikającego z ww. zamknięciem sal terapii.

W ocenie Mechanizmu należy natychmiast powiększyć bazę lokalową wizytowanego oddziału. Sytuacja zastana w dniu wizytacji nie sprzyja prawidłowej realizacji praw pacjentów oraz celów leczenia i terapii, a nawet może zaszkodzić stanowi zdrowia pacjenta, jeśli będzie się utrzymywać długotrwale. Warto podkreślić, że pacjenci internowani nie mogą sami opuszczać terenu oddziału, a każde wyjście poza budynek możliwe jest wyłącznie pod opieką terapeuty i nierzadko ogranicza się do spacerów na terenie szpitala. Zdaniem KMP należy dążyć do zwiększenia zaplecza lokalowego oddziału zapewniając pacjentom odpowiednie warunki do: spędzania czasu wolnego, uczestniczenia w terapii, przyjmowania gości, czy spożywania posiłków.

Z informacji uzyskanej od personelu wynika, że wszyscy pacjenci internowani są palący i palą w łazience. W oddziale nie wyodrębniono osobnego pomieszczenia/miejsca do palenia wyrobów tytoniowych.

Ponadto, w czasie lustracji pomieszczeń pracownicy Mechanizmu zauważyli, że pacjenci mają niewielką ilość miejsca do przechowywania swoich rzeczy osobistych. KMP zaleca wyposażenie pokoi w szuflady wkładane pod łóżko, dzięki którym powierzchnia pokoi nie ulegnie zmianie, natomiast zwiększy się ilość miejsca do przechowywania rzeczy osobistych pacjentów.

Zgodnie z wyjaśnieniami personelu oddziału, między głównymi posiłkami pacjenci mogą otrzymać dodatkowo herbatę, chleb, masło i dżem. Ponadto, dwa razy w tygodniu mogą robić zakupy w sklepie na terenie szpitala, a zakupione produkty przechowywać w lodówce znajdującej się w pomieszczeniu kuchennym pracowników oddziału. W kwestii żywienia przedstawiciele Mechanizmu nie odebrali żadnych uwag.

12. Prawo do praktyk religijnych

Zgodnie z informacjami uzyskanymi od personelu pacjenci internowani mają organizowane raz w tygodniu wyjścia do kościoła pod opieką terapeutów.

W rozmowach indywidualnych pacjenci zgłaszali natomiast trudności w cotygodniowym uczestniczeniu we mszy św. - nie potrafili wskazać, kiedy ww. wyjścia do kościoła są organizowane. Niektóre osoby podały, że msza św. odbywa się tylko raz w miesiącu (w pierwszy piątek miesiąca). W rozmowie z Rzecznikiem Praw Pacjenta KMP również ustalił, że pacjenci mają możliwość uczestniczenia we mszy św. tylko raz w miesiącu. Powyższy problem ma również drugi wymiar tj. Mechanizm otrzymał informacje, że pacjenci oddziału VI nie są odwiedzani przez kapelana szpitalnego. Sprawą tą zainteresował się również Rzecznik Praw Pacjenta, który podejmował działania w kierunku zapewnienie pacjentom internowanym kontaktu z kapelanem, jednakże do dnia wizytacji działania te nie przyniosły rezultatu. Przepis art. 53 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zapewnia wszystkim wolność sumienia i religii. W ocenie Mechanizmu Dyrektor i personel szpitala powinien zadbać o stworzenie pacjentom możliwości cotygodniowego uczestniczenia we mszy św.

13. Wnioski.

Na podstawie art. 19 Protokołu Fakultatywnego do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, Krajowy Mechanizm Prewencji zaleca:

I. Dyrektorowi placówki:

1. zwiększenie bazy lokalowej, z której będą mogli korzystać pacjenci internowani (wyznaczenie oddzielnych pomieszczeń pełniących funkcję świetlicy, sali do odwiedzin, pokoju terapii itp.);
2. zwiększenie oferty zajęć kulturalno-oświatowych, szczególnie o zajęcia organizowane poza oddziałem;
3. zwiększenie oddziaływań terapeutycznych wobec poszczególnych pacjentów oraz tworzenie indywidualnych planów terapii;
4. stworzenie zapewniających bezpieczeństwo i prywatność warunków do realizacji odwiedzin pacjentów przez rodziny, w tym dzieci poniżej 7 r. ż.;

5. wyeliminowanie stosowania zbiorowych środków dyscyplinarnych ograniczających prawa pacjentów;
6. dążenie do zatrudnienia w oddziale mężczyzn-pielęgniarzy, by w pełni respektować prawo pacjentów do intymności;
7. dokonywanie okresowych podsumowań stanu zdrowia dokumentowanych w historii choroby oraz regularnych i faktycznych weryfikacji potrzeby kontynuowania stosowania środka zabezpieczającego;
8. prowadzenie dokumentacji w sposób uporządkowany i chronologiczny;
9. umożliwienie pacjentom internowanym korzystanie (co najmniej) raz w tygodniu z praktyk religijnych;
10. wyposażenie sal chorych w szuflady pod łóżko na rzeczy osobiste pacjentów;
11. wywieszenie w ogólnodostępnym miejscu adresów instytucji stojących na straży praw człowieka, m.in. sędziego rodzinnego, Rzecznika Praw Obywatelskich, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka;