



Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych

*Wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego,
opublikowany w 1998*

A. Uwagi wstępne

25. Komitet został powołany do badania traktowania wszystkich kategorii osób pozbawionych wolności przez władzę publiczną, włącznie z osobami, które mają problemy ze zdrowiem psychicznym. Dlatego Komitet często wizytuje różnego typu ośrodki psychiatryczne.

Wizytowane ośrodki obejmują szpitale psychiatryczne, w których poza pacjentami z własnej woli znajdują się pacjenci hospitalizowani przymusowo na podstawie decyzji sądu w celu poddania leczeniu psychiatrycznemu. Komitet wizytuje także ośrodki dla osób, wobec których zarządzono umieszczenie w ośrodku psychiatrycznym w kontekście postępowania karnego (szpitale specjalne, oddzielne oddziały w szpitalach powszechnej opieki zdrowotnej, itp.). Komitet przywiązuje także dużą uwagę do ośrodków psychiatrycznych dla osadzonych, u których choroba psychiczna pojawiła się w trakcie pozbawienia wolności, niezależnie od tego, czy tacy osadzeni znajdują się w psychiatrycznych ośrodkach penitencjarnych czy w systemie powszechnego lecznictwa psychiatrycznego.

26. Badając kwestię opieki zdrowotnej w swoim Trzecim Sprawozdaniu Ogólnym (por. CPT/Inf (93) 12, punkty 30-77), Komitet podał pewną liczbę kryteriów, którymi kieruje się w swojej pracy (dostęp do lekarza; równoważność opieki; zgoda pacjenta i poufność; profilaktyczna opieka zdrowotna; niezależność zawodowa i profesjonalizm). Powyższe kryteria stosują się także w przypadku przymusowego umieszczenia w ośrodku psychiatrycznym.

W poniższych punktach poruszono kwestie, na które Komitet zwraca uwagę w odniesieniu do osób przymusowo umieszczonych w ośrodkach psychiatrycznych¹. Komitet wyraża nadzieję, że w ten sposób przekaże władzom krajowym w sposób jasny swoje poglądy dotyczące traktowania tej kategorii osób; ponadto Komitet przywita z zadowoleniem komentarze odnoszące się do tej części Sprawozdania Ogólnego.

¹ Odnośnie opieki psychiatrycznej nad osadzonymi, należy także wspomnieć o punktach 41-44 Trzeciego Sprawozdania Ogólnego Komitetu.

B. Zapobieganie złemu traktowaniu

27. Zważywszy na mandat Komitetu, jego pierwszorzędnym zadaniem przy dokonywaniu wizytacji w ośrodku psychiatrycznym musi być ustalenie, czy istnieją jakiegokolwiek przesłanki, że wobec pacjentów stosuje się umyślnie formy złego traktowania. Z takimi przesłankami Komitet spotyka się rzadko. Komitet pragnie raczej wspomnieć o pozytywnym zaangażowaniu w opiekę nad pacjentami, które zaobserwował wśród przeważającej większości personelu ośrodków psychiatrycznych wizytowanych przez delegacje. Zjawisko to jest tym bardziej godne poruszenia z uwagi na występowanie braków kadrowych w ośrodkach psychiatrycznych oraz niewystarczających środków pozostających w dyspozycji personelu.

Tym niemniej własne obserwacje Komitetu, a także raporty otrzymywane z innych źródeł, wskazują, że w ośrodkach psychiatrycznych niekiedy zdarza się umyślne złe traktowanie pacjentów. Dlatego w tym miejscu Komitet porusza pewne kwestie, które są ściśle związane z zapobieganiem złemu traktowaniu (np. środki przymusu; procedury zażaleniowe; kontakt ze światem zewnętrznym; nadzór zewnętrzny). Jednak na początku należy poczynić kilka uwag odnośnie doboru personelu i jego nadzorowania.

28. Praca z osobami chorymi psychicznie i niepełnosprawnymi umysłowo jest zawsze trudnym zadaniem dla każdej kategorii personelu. W związku z tym należy zauważyć, że personelowi medycznemu w ich codziennej pracy w ośrodkach psychiatrycznych często towarzyszą sanitariusze; poza tym w niektórych ośrodkach znacznej liczbie personelu przypisane są obowiązki związane z zachowaniem bezpieczeństwa. Informacje uzyskane przez Komitet sugerują, że gdy zdarza się przypadek umyślnego złego traktowania w ośrodku psychiatrycznym, w większości przypadków odpowiedzialność ponosi raczej personel pomocniczy niż lekarski czy pielęgniarz.

Biorąc pod uwagę niezwykle trudny charakter pracy w ośrodku psychiatrycznym, niezwykle istotne jest, aby personel pomocniczy był starannie dobierany, a także aby był odpowiednio przeszkolony przed podjęciem obowiązków oraz przechodził szkolenia w trakcie pracy. Poza tym personel pomocniczy w czasie wykonywania swoich zadań powinien być ściśle nadzorowany – i podlegać poleceniom – wykwalifikowanego personelu medycznego.

29. W pewnych krajach Komitet spotkał się z praktyką naboru niektórych pacjentów lub pensjonariuszy sąsiadujących ośrodków penitencjarnych w skład personelu pomocniczego ośrodków psychiatrycznych. Komitet ma poważne zastrzeżenia wobec takiego rozwiązania, które należy postrzegać jako środek ostateczny. Jeśli nie da się tego uniknąć, czynności wspomnianych osób powinny być stale nadzorowane przez kwalifikowany personel medyczny.

30. Jest także niezbędne, aby istniały odpowiednie procedury w celu ochrony jednych pacjentów ośrodka psychiatrycznego przed drugimi, którzy mogą wyrządzić im krzywdę. Wymaga to między innymi stałej obecności właściwego personelu, także w nocy i w weekendy. Poza tym należy szczególnie zadbać o najbardziej narażonych pacjentów, np. upośledzeni umysłowo i/lub zaburzeni psychicznie nieletni nie powinni być umieszczani razem z dorosłymi pacjentami.

31. Do zapobiegania złemu traktowaniu może także w znacznym stopniu przyczynić się odpowiednia kontrola całego personelu ze strony przełożonych. Rzecz jasna, kierownictwo placówki powinno wyraźnie zastrzec, że każda forma fizycznego lub psychicznego złego traktowania jest niedopuszczalna i będzie surowo ukarana.

Ponadto kierownictwo powinno zapewnić, aby względy bezpieczeństwa nie przesłoniły terapeutycznych zadań personelu ośrodka psychiatrycznego.

Podobnie, należy odpowiednio zrewidować regulaminy i praktykę stwarzającą klimat napięcia pomiędzy personelem a pacjentami. Stosowanie kar wobec personelu w razie ucieczki pacjenta jest przykładem środka, który może mieć negatywny wpływ na atmosferę w placówce psychiatrycznej.

C. Warunki życia i leczenia pacjentów

32. Komitet uważnie bada warunki życia i leczenia pacjentów; braki w tym zakresie mogą szybko doprowadzić do sytuacji wchodzącej w zakres pojęcia „niehumanitarne i poniżające traktowanie”. Powinno zmierzać się do zapewnienia takich warunków materialnych, które sprzyjają leczeniu i dobremu samopoczuciu pacjentów; posługując się terminologią psychiatryczną: właściwe środowisko terapeutyczne. Ma to duże znaczenie nie tylko dla pacjentów, lecz także dla personelu pracującego w ośrodkach psychiatrycznych. Ponadto należy zapewnić pacjentom właściwe leczenie i opiekę, zarówno psychiatryczną, jak i somatyczną; zważywszy na zasadę równoważności opieki, leczenie i opieka pielęgniarska nad osobami przymusowo umieszczonymi w ośrodku psychiatrycznym powinna być porównywalna z opieką nad pacjentami leczonymi z własnej woli.

33. Jakość warunków życia i leczenia pacjentów bez wątpienia zależy w znacznym stopniu od dostępnych zasobów. Komitet jest świadomy, że w czasach poważnych trudności gospodarczych pojawia się konieczność oszczędności, także w instytucjach opieki zdrowotnej. Jednakże na podstawie faktów stwierdzonych w czasie wizytacji, Komitet pragnie podkreślić, że zaspokajanie pewnych podstawowych potrzeb życiowych osób znajdujących się pod opieką Państwa jest obowiązkiem tego ostatniego. Obejmuje to odpowiednie jedzenie, ogrzewanie i ubranie, a także – w placówkach leczniczych – właściwe leki.

warunki życia

34. Stworzenie pozytywnego środowiska terapeutycznego obejmuje, w pierwszym rzędzie zapewnienie właściwej przestrzeni życiowej pacjentom, a także odpowiednie oświetlenie, ogrzewanie i wentylację, utrzymywanie ośrodka w zadowalającym stanie oraz spełnianie wymogów higienicznych.

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.

Warunki sanitarne powinny pozwalać pacjentom na pewną prywatność. Ponadto należy w tym względzie wziąć pod uwagę potrzeby starszych i/lub niepełnosprawnych pacjentów, przykładowo, toalety zaprojektowane w sposób nie pozwalający na przyjęcie pozycji siedzącej nie są odpowiednie dla takich pacjentów. Podobnie, należy zadbać o podstawowy sprzęt szpitalny umożliwiający personelowi sprawowanie właściwej opieki (włącznie ze środkami higieny osobistej) nad osobami niewstającymi z łóżek; brak takiego sprzętu może znacznie pogorszyć warunki.

Należy ponadto zauważyć, że obserwowana w niektórych ośrodkach psychiatrycznych 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 terapeutycznego.

35. Żywnienie pacjentów jest kolejnym aspektem w zakresie warunków życiowych, który budzi szczególne zainteresowanie Komitetu. Jedzenie musi być nie tylko właściwe z punktu widzenia ilości i jakości, ale także podane pacjentom w zadowalających warunkach. Powinien być dostępny niezbędny sprzęt umożliwiający podawanie posiłków o odpowiedniej temperaturze. Ponadto należy zadbać o schludne warunki spożywania posiłków; w tym względzie należy podkreślić, że umożliwienie pacjentom dokonywania czynności życia codziennego – takich jak spożywanie posiłków za stołem przy użyciu sztućców – powinno stanowić integralną część psychospołecznych programów rehabilitacyjnych dla pacjentów. Podobnie, nie należy pomijać odpowiedniej dekoracji podawanych posiłków.

Powinno się także wziąć pod uwagę szczególne potrzeby osób niepełnosprawnych w odniesieniu do spożywania posiłków.

36. Komitet pragnie także zdecydowanie poprzeć tendencję zaobserwowaną w kilku krajach, polegającą na zamykaniu ośrodków psychiatrycznych o wielkiej liczbie miejsc – tego rodzaju ośrodki nie spełniają standardów nowoczesnej psychiatrii. Kluczowym czynnikiem dla zapewnienia godności pacjenta jest zapewnienie zakwaterowania w oparciu o małe grupy; jest to także zasadniczy element każdej psychologicznej i społecznej polityki rehabilitacji pacjentów. Mniejsze grupy ułatwiają także rozmieszczanie pacjentów pod kątem celów terapeutycznych.

Podobnie, Komitet popiera coraz częściej stosowane rozwiązanie, polegające na zezwalaniu pacjentom, którzy sobie tego życzą, dostępu do ich pokojów w czasie dnia, zamiast zobowiązania ich do przebywania w grupie z innymi pacjentami.

leczenie

37. 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 pokojów rekreacyjnych oraz mieć możliwość codziennych ćwiczeń na świeżym powietrzu; pożądane jest także stworzenie pacjentom możliwości nauki i odpowiedniej pracy.

Komitet niestety bardzo często stwierdza, że te podstawowe składniki skutecznego leczenia społecznego i rehabilitacyjnego są nierozwinięte lub całkowicie ich brakuje, oraz że leczenie pacjentów polega przede wszystkim na farmakoterapii. Sytuacja taka może być wynikiem braku odpowiednio wykwalifikowanego personelu i właściwych warunków lub też w zakorzenionej filozofii opartej na dozorcze pacjentów.

38. Rzecz jasna, leczenie farmakologiczne często stanowi niezbędny element leczenia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Powinny istnieć procedury zapewniające, że przepisane leki są rzeczywiście podawane oraz że zapewnione jest regularne zaopatrzenie we właściwe medykamenty. Komitet zwraca także uwagę na wszelkie sygnały nadużyć w zakresie leków.

39. Terapia elektrowstrząsowa (ECT) jest uznaną formą leczenia psychiatrycznego pacjentów cierpiących na szczególne zaburzenia. Jednakże należy upewnić się, czy terapia ta pozostaje w zgodzie z planem leczenia danego pacjenta, a jej stosowaniu muszą towarzyszyć właściwe zabezpieczenia.

Szczególny niepokój Komitetu wzbudza stosowanie ECT w niezmodyfikowanej formie (np. bez środków znieczulających i powodujących rozluźnienie mięśni); taka metoda nie może być zaakceptowana we współczesnej praktyce psychiatrycznej. Poza ryzykiem złamań i innych niepożądanych następstw medycznych, terapia elektrowstrząsowa sama w sobie jest poniżająca zarówno dla pacjenta, jak i stosującego ją personelu. Dlatego ECT powinno być wykonywane zawsze w zmodyfikowanej formie.

ECT musi być stosowane poza zasięgiem wzroku innych pacjentów (najlepiej w pomieszczeniu, które zostało przeznaczone i wyposażone do tego celu) przez personel specjalnie wyszkolony do przeprowadzania tego rodzaju terapii. Poza tym stosowanie ECT powinno być szczegółowo odnotowane w specjalnym rejestrze. Jedynie w ten sposób kierownictwo placówki może wykrywać niepożądane praktyki i dyskutować na ten temat z personelem.

40. Regularne kontrole stanu zdrowia pacjenta i zaordynowanych leków są innym podstawowym wymaganiem. Pozwoli to między innymi na podejmowanie odpowiednich decyzji w zakresie możliwego wypisania ze szpitala lub przemieszczenia pacjenta do ośrodka o lepszym rygorze.

Każdy pacjent powinien mieć dostęp do swoich osobistych i poufnych akt medycznych. Akta powinny zawierać informacje diagnostyczne (włącznie z wynikami wszelkich badań specjalistycznych, jakie przeszedł pacjent), jak również stały rejestr stanu zdrowia psychicznego i fizycznego pacjenta oraz jego leczenia. Pacjent powinien mieć możliwość konsultacji w związku z zawartością jego akt, chyba że jest to niewskazane z terapeutycznego punktu widzenia, a także żądania udostępnienia informacji zawartych w aktach jego rodzinie lub adwokatowi. Ponadto w razie przemieszczenia pacjenta, akta powinny zostać przekazane do placówki przyjmującej; a w razie zwolnienia ze szpitala – za zgodą pacjenta – lekarzom w powszechnej służbie zdrowia.

41. Co do zasady, leczenie powinno być uzależnione od uzyskania swobodnej i świadomej zgody pacjenta. Przymusowe umieszczenie osoby w ośrodku psychiatrycznym nie powinno oznaczać autoryzacji leczenia bez zgody tej osoby. Wynika z tego, że każdy pacjent – przebywający w ośrodku przymusowo czy też z własnej woli – powinien mieć możliwość odmowy poddania się leczeniu lub jakiegokolwiek innej interwencji lekarskiej. Wszelkie odstępstwa od tej podstawowej zasady powinny mieć podstawę prawną i stosować się tylko w jasno i ściśle określonych sytuacjach nadzwyczajnych.

Rzecz jasna, zgoda na leczenie może być uznana za pełną i świadomą wtedy, gdy jest oparta na pełnych, dokładnych i wyczerpujących informacjach o stanie pacjenta i proponowanym leczeniu; przykładem informacji niepełnej i niedokładnej jest określenie terapii wstrząsowej jako „terapii w czasie snu”. A zatem wszyscy pacjenci powinni być okresowo informowani o ich stanie i proponowanym leczeniu. Także po leczeniu (wyniki badań, itp.) należy udzielić pacjentom odpowiednich informacji.

D. Personel

42. Zasoby ludzkie powinny być odpowiednie w zakresie liczby personelu, jego kategorii (psychiatry, lekarze ogólni, pielęgniarki, psychologowie, terapeuci zajęciowi, pracownicy socjalni, itp.), doświadczenia i wykształcenia. Słabości w tym zakresie często poważnie utrudniają zapewnienie pacjentom zajęć, o których mowa w punkcie 37, co więcej – mogą prowadzić do sytuacji wysokiego ryzyka dla pacjentów, bez względu na dobre intencje i szczerze wysiłki zatrudnionego personelu.

43. W niektórych krajach Komitet został szczególnie zaskoczony niewielką liczbą pielęgniarek wykwalifikowanych w zakresie psychiatrii wśród personelu pielęgniarskiego ośrodków psychiatrycznych, a także brakami wśród personelu wyszkolonego do prowadzenia zajęć terapeutycznych (w szczególności terapeutów zajęciowych). Rozwój specjalistycznych szkoleń pielęgniarskich w zakresie psychiatrii oraz większy nacisk na terapię socjalną miałyby znaczny wpływ na jakość opieki. W szczególności powyższe działania sprzyjałyby wytworzeniu środowiska terapeutycznego mniej skoncentrowanego na farmakologii i fizjoterapii.

44. Pewne uwagi dotyczące spraw pracowniczych, a zwłaszcza personelu pomocniczego zostały już poczynione we wcześniejszej części (por. punkty 28-31). Jednakże Komitet zwraca także uwagę na podejście lekarzy i personelu pielęgniarskiego. W szczególności Komitet szuka dowodów autentycznego zainteresowania nawiązaniem relacji terapeutycznych z pacjentami. Komitet sprawdza także, czy nie są zaniedbywani pacjenci, których można uznać za uciążliwych lub nie rokujących poprawy w sensie rehabilitacyjnym.

45. Podobnie jak w przypadku każdej opieki zdrowotnej, ważne jest, aby różne kategorie personelu pracującego w ośrodku psychiatrycznym miały okazję do regularnych spotkań i współtworzenia zespołu pod kierownictwem doświadczonego lekarza. Pozwoli to na zidentyfikowanie i omówienie codziennych problemów, a także udzielenie wsparcia. Brak takiej możliwości może także przyczynić się do frustracji i niezadowolenia wśród członków personelu.

46. Aktywizacja i wsparcie z zewnątrz są także konieczne w celu zapewnienia, aby personel ośrodka psychiatrycznego nie stał się zbyt wyizolowany. W związku z tym jest wysoce pożądane zapewnienie takiemu personelowi możliwości szkoleniowych poza miejscem pracy, jak również innych form aktywności. Powinno się także wspierać obecność na terenie ośrodka osób niezależnych (np. studentów, badaczy) oraz organów zewnętrznych (por. punkt 55).

E. Środki przymusu

47. W każdym ośrodku psychiatrycznym może niekiedy okazać się konieczne ograniczenie swobody ruchu pobudzonych lub gwałtownych pacjentów. Jest to obszar szczególnej troski Komitetu, zważywszy na potencjalne niebezpieczeństwo nadużyć i złego traktowania.

Reguły stosowania środków przymusu wobec pacjentów powinny być jasno określone. Reguły te powinny wyraźnie stwierdzać, że pierwsze próby opanowania pobudzonego lub gwałtownego pacjenta nie powinny – jeśli tylko to możliwe – opierać się na użyciu siły fizycznej (np. polecenie ustne), a w sytuacjach, w których konieczne jest użycie środków przymusu, powinny one być w zasadzie ograniczone do technik manualnych.

Powinno się zapewnić szkolenie personelu ośrodków psychiatrycznych zarówno w zakresie niefizycznych, jak i manualnych technik kontroli pobudzonych lub gwałtownych pacjentów. Posiadanie takich umiejętności umożliwi personelowi wybranie najwłaściwszej reakcji w konfrontacji z trudną sytuacją, znacznie zmniejszając w ten sposób ryzyko obrażeń u pacjentów i personelu.

48. Użycie środków przymusu bezpośredniego (pasy, kaftany bezpieczeństwa, itp.) jest uzasadnione bardzo rzadko i musi być zawsze albo wyraźnie zarządzane przez lekarza lub niezwłocznie skonsultowane z lekarzem w celu uzyskania jego zgody. Jeśli wyjątkowo konieczne jest użycie środków przymusu bezpośredniego krępujących ruch, powinny być one zdjęte tak szybko, jak to możliwe; nigdy nie należy stosować takich środków – lub przedłużać ich stosowania – w charakterze kary.

Komitet spotykał się niekiedy ze stosowaniem środków przymusu u pacjentów w ośrodkach psychiatrycznych przez okres dłuższy od jednego dnia; Komitet musi podkreślić, że taki stan rzeczy nie ma żadnego uzasadnienia terapeutycznego i – zdaniem Komitetu – oznacza złe traktowanie.

49. Należy w tym miejscu odnieść się także do odosobnienia (tj. odizolowania w pomieszczeniu) pacjenta gwałtownego lub w inny sposób „nie do opanowania” – co ma w psychiatrii długą historię.

Istnieje wyraźna tendencja we współczesnej psychiatrii w kierunku unikania odosobniania pacjentów, a Komitet z zadowoleniem odnotowuje, że tendencja ta ma miejsce w wielu krajach. Dopóki odosobnianie pozostaje stosowanym środkiem, powinno się zapewnić istnienie szczegółowych reguł w tym zakresie, dotyczących w szczególności: typów spraw, w jakich może być zastosowane odosobnienie, jego cele, czas trwania i potrzeba regularnej weryfikacji, istnienie właściwego kontaktu z pacjentem, potrzeby szczególnej dbałości ze strony personelu.

Nigdy nie należy stosować odosobnienia jako kary.

50. Każdy przypadek użycia środka przymusu fizycznego wobec pacjenta (kontrola manualna, użycie instrumentów przymusu bezpośredniego, odizolowanie) powinien być odnotowany w specjalnym rejestrze założonym do tego celu (jak również w aktach pacjenta). Wpis do rejestru powinien zawierać czas zastosowania danego środka (początek i koniec), okoliczności sprawy, powody użycia danego środka, nazwisko lekarza, który zarządził lub wydał zgodę na zastosowanie środka, a także opis wszelkich obrażeń, jakich doznał pacjent lub członek personelu.

Powyższa praktyka znacznie ułatwi zarówno poradzenie sobie z takimi incydentami, jak również monitorowanie skali ich występowania.

F. Gwarancje w kontekście przymusowego umieszczenia w ośrodku

51. 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 umieszczenie w ośrodku psychiatrycznym powinno być zawsze związane z właściwymi gwarancjami. Jedną z tych najważniejszych gwarancji – swobodna i świadoma zgoda na leczenie – została już omówiona (por. punkt 41).

decyzja o umieszczeniu w ośrodku psychiatrycznym po raz pierwszy

52. W procedurze podejmowania decyzji o przymusowym umieszczeniu w ośrodku należy zapewnić gwarancje niezależności i bezstronności, a także obiektywne ekspertyzy lekarskie.

Odnosnie – w szczególności – przymusowego umieszczenia na podstawie prawa, w wielu krajach stosowne postanowienie musi podjąć sąd (lub zatwierdzić taką decyzję w krótkim czasie), biorąc pod uwagę opinie psychiatryczne. Jednakże nie we wszystkich krajach przewidziano obligatoryjne podejmowanie decyzji co do umieszczenia w ośrodku psychiatrycznym przez organ sądowy. Rekomendacja Komitetu Ministrów nr R(83) 2 o prawnej ochronie osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, które przymusowo umieszczono w ośrodku psychiatrycznym, uznaje oba rozwiązania (choć przewiduje szczególne gwarancje w razie gdy decyzja o umieszczeniu została powierzona organowi niesądowemu). Zgromadzenie Parlamentarne tymczasem ponownie otworło debatę na ten temat przyjmując Rekomendację nr 1235 (1994) o psychiatrii i prawach człowieka, wzywając do sądowego rozstrzygnięcia o przymusowym umieszczeniu w ośrodku psychiatrycznym.

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 sąd.

gwarancje w czasie pobytu w ośrodku

53. Każdemu pacjentowi w czasie przyjmowania do ośrodka - oraz jego rodzinie - powinno się udostępnić broszurę opisującą zasady obowiązujące na jego terenie, a także prawa pacjenta. Pacjenci, którzy nie są w stanie zrozumieć broszury samodzielnie, powinni uzyskać stosowną pomoc.

Poza tym – jak w każdym miejscu pozbawienia wolności – podstawową gwarancją przeciwko złemu traktowaniu w ośrodku psychiatrycznym jest skuteczna procedura zażaleniowa. Powinny istnieć szczególne procedury pozwalające pacjentom na składanie formalnych skarg do wyraźnie wyznaczonego organu, a także na poufne kontaktowanie się z odpowiednią władzą poza ośrodkiem.

54. Niezbędne jest utrzymywanie kontaktu ze światem zewnętrznym, nie tylko w celu zapobiegania złemu traktowaniu, ale także z terapeutycznego punktu widzenia.

Pacjentom powinno umożliwić się wysyłanie i otrzymywanie korespondencji, dostęp do telefonu, a także odwiedzanie przez członków rodziny i przyjaciół. Należy także zagwarantować dostęp do adwokata na zasadzie poufności.

55. Komitet przywiązuje także duże znaczenie do regularnego wizytowania ośrodków psychiatrycznych przez niezależny organ zewnętrzny (np. sędziego lub komitet nadzorczy), który jest odpowiedzialny za inspekcję warunków sprawowania opieki nad pacjentami. Organ ten powinien być w szczególności upoważniony do przeprowadzania z pacjentami rozmów na osobności, otrzymywania bezpośrednio wszelkich skarg, które mogą składać pacjenci, a także wydawania koniecznych zaleceń.

zwolnienie z ośrodka

56. Przymusowe umieszczenie w ośrodku psychiatrycznym nie powinno trwać dłużej, niż tego wymaga stan zdrowia psychicznego pacjenta. Dlatego konieczność dalszego pobytu w ośrodku powinna być regularnie weryfikowana.

Jeśli orzeczono umieszczenie w ośrodku na czas określony, który może być przedłużony w oparciu o opinie psychiatryczne, weryfikacja dalszej konieczności pobytu w ośrodku wynika z samej decyzji o umieszczeniu. Tym niemniej przymusowe umieszczenie mogło być także orzeczone na czas nieokreślony, zwłaszcza w przypadku osób, które trafiły do ośrodka psychiatrycznego w związku z postępowaniem karnym i stanowią zagrożenie dla otoczenia. Jeśli nie oznaczono okresu pobytu w ośrodku psychiatrycznym, należy regularnie przeprowadzać weryfikację konieczności kontynuowania takiego pobytu.

Ponadto sam pacjent powinien mieć prawo do żądania w rozsądnych odstępach czasu weryfikacji konieczności jego pobytu w ośrodku przez organ sądowy.

57. Pacjent, który nie wymaga już przymusowego pobytu w ośrodku psychiatrycznym, może w dalszym ciągu potrzebować leczenia i/lub sprzyjającego otoczenia w środowisku zewnętrznym. W tym kontekście Komitet stwierdził, że w niektórych krajach pacjenci, którzy nie wymagają już przymusowego pobytu w ośrodku psychiatrycznym, nadal w nim pozostają z powodu braku odpowiedniej opieki bądź zakwaterowania w środowisku zewnętrznym. Kontynuowanie pozbawienia wolności osoby z racji braku właściwych uwarunkowań w środowisku zewnętrznym stanowi praktykę wysoce dyskusyjną.

G. Uwagi końcowe

58. Struktura organizacyjna opieki zdrowotnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi różni się w wielu krajach i z pewnością decyzje w tej mierze pozostają w gestii Państwa. Tym niemniej Komitet pragnie zwrócić uwagę na tendencję obecną w pewnej liczbie krajów, polegającą na zmniejszeniu liczby łóżek w dużych ośrodkach psychiatrycznych i rozwijaniu ośrodków zdrowia psychicznego opartych na małych wspólnotach. Komitet uważa, że jest to bardzo korzystna tendencja, zakładając że ośrodki takie zapewniają zadowalającą jakość opieki.

Powszechnie uważa się, że duże ośrodki psychiatryczne stwarzają znaczne ryzyko instytucjonalizacji zarówno dla pacjentów, jak i personelu, tym bardziej gdy są usytuowane na odludziu. Może mieć to szkodliwy wpływ na leczenie pacjentów. Programy opieki zapewniające pełen zakres leczenia psychiatrycznego są znacznie łatwiejsze do wdrożenia w niewielkich ośrodkach usytuowanych w pobliżu centrów miast.