



Warszawa, 23-05-2024 r.

**BIURO  
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

**Krajowy Mechanizm Prewencji**

**KMP.574.4.2023.KK**

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Całodobowych  
Oddziałów Psychiatrycznych Ogólnych A, B i C Wojewódzkiego Szpitala  
Specjalistycznego dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych SPZOZ w Ciborzu**

**1. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur**

Zgromadzenie Ogólne ONZ 18 grudnia 2002 r. przyjęło Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (dalej: OPCAT)<sup>1</sup>. Polska przystąpiła do OPCAT na podstawie uprzedniej zgody wyrażonej w ustawie i stanowi on część krajowego porządku prawnego (art. 87 i 91 Konstytucji). Podpisując OPCAT, Polska zobowiązała się do utworzenia krajowego mechanizmu prewencji, którego funkcję wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą działającego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm)<sup>2</sup>.

KMPT ma dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań” w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa – strony, gdzie

---

<sup>1</sup> Zob. Protokół fakultatywny do Konwencji w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku dnia 18 grudnia 2002 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 30, poz. 192). Nazwa w języku angielskim: Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (dalej: OPCAT).

<sup>2</sup> Zob. art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2023 r. poz. 1058).

przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem<sup>3</sup>. Z kolei przez „pozbawienie wolności” OPCAT rozumie „jakąkolwiek formę zatrzymania lub uwięzienia bądź umieszczenia osoby w publicznym lub prywatnym miejscu odosobnienia, którego osobie tej nie wolno z własnej woli opuszczać, na mocy polecenia jakiegokolwiek władzy sądowej, administracyjnej lub innej”<sup>4</sup>.

Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie swojej wizyty członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urządzeń, mogą odbyć poufną rozmowę z wybraną przez siebie osobą (zarówno osobą pozbawioną wolności, jak i członkiem personelu lub inną osobą), mają dostęp do dokumentacji i nagrań z monitoringu wizyjnego<sup>5</sup>. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane<sup>6</sup>.

Spostrzeżenia KMPT czynione podczas wizytacji opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu<sup>7</sup>.

KMPT nie jest organem dochodzeniowo-śledczym. Nie rozpatruje też skarg<sup>8</sup>. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur i złego traktowania osób pozbawionych wolności oraz zaproponowanie rozwiązań mających na celu wyeliminowanie tego ryzyka. Formułując swoje wnioski i zalecenia, KMPT bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw

---

<sup>3</sup> Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

<sup>4</sup> Zob. art. 4 ust. 2 OPCAT.

<sup>5</sup> Zob. art. 20 OPCAT.

<sup>6</sup> Zob. art. 13 ust. 1a ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

<sup>7</sup> Szczegółowy opis metod pracy KMPT można znaleźć w raportach rocznych RPO z działalności KMPT. Zob. np. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w 2022 r., Część II – Jak pracuje KMPT?, dostęp: [https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2023-11/Raport\\_roczny\\_KMPT\\_2022\\_dostepny.pdf](https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2023-11/Raport_roczny_KMPT_2022_dostepny.pdf).

<sup>8</sup> Zob. Dziewiąte Sprawozdanie Roczne SPT z 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, Aneks do sprawozdania, część II, pkt 6. Zob. również publikację Biura Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka pt. „Preventing Torture. The Role of National Preventive Mechanisms. A Practical Guide”, Professional Training Series No. 21, United Nations High Commissioner for Human Rights, New York and Geneva 2018, s. 4–6.

człowieka, w szczególności standardy ONZ<sup>9</sup> oraz zalecenia organów międzynarodowych.

W każdym przypadku, kiedy przedstawiciele Krajowego Mechanizmu ujawnią ryzyko zaistnienia naruszeń praw osób pozbawionych wolności (nawet jeśli jego istnienie wynika jedynie z relacji osób pozbawionych wolności), KMPT jest zobowiązany do wydania odpowiedniego zalecenia w raporcie. Dlatego też na zalecenia końcowe w niniejszym raporcie należy patrzeć nie tylko przez pryzmat nieprawidłowości, które już zaistniały, lecz także przez pryzmat prewencji.

## **2. Zakaz represji**

Stosownie do art. 21 ust. 1 OPCAT żadna osoba (np. pacjent, pracownik, członek rodziny, inna osoba) lub organizacja, która przekazała KMPT informację, nie może ponieść jakiegokolwiek sankcji lub uszczerbku z tego tytułu, niezależnie od tego, 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. Uwagi wstępne na temat wizytacji**

Na podstawie art. 19 OPCAT oraz na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich, w dniach 6-9 listopada 2023 r., przedstawiciele KMPT wizytowali Całodobowe Oddziały Psychiatryczne Ogólne A, B i C funkcjonujące na terenie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Ciborzu (dalej jako: Szpital, placówka). Celem wizytacji było sprawdzenie sposobu traktowania pacjentów i warunków detencji, w celu

---

<sup>9</sup> Zob. art. 19 lit. b OPCAT.

wzmocnienia ich ochrony przed ryzykiem tortur i innych form okrutnego, nieludzkiego i poniżającego traktowania albo karania.

W skład zespołu wizytującego wchodził: Łukasz Bębenista, Klaudia Kamińska i Rafał Kulas (prawnicy). W trakcie wizytacji przedstawiciele KMPT:

- przeprowadzili wstępne rozmowy z Tomaszem Kowalskim (Dyrektorem Szpitala) i Krzysztofem Chmielowcem (Naczelnym Pielęgniarem);
- dokonali oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń Szpitala (w tym izby przyjęć, sal pacjentów, jadalni, sanitariatów, budynku przeznaczonego do rekreacji pacjentów) i zewnętrznego terenu rekreacyjnego;
- przeprowadzili poufne rozmowy z pacjentami, pracownikami i osobami odwiedzającymi swoich bliskich w Szpitalu;
- zapoznali się z prowadzoną na miejscu dokumentacją;
- wykonali dokumentację fotograficzną.

Pod koniec wizyty przedstawiciele KMPT przedstawili swoje wstępne uwagi Dyrektorowi Szpitala oraz wysłuchali jego uwag i wyjaśnień. Po zakończeniu wizytacji przedstawiciele Krajowego Mechanizmu dokonali analizy przekazanej przez Dyrektora dokumentacji i informacji pisemnych.

W niniejszym raporcie uwzględniono obszary wymagające ulepszeń, które są istotne z punktu widzenia prewencji tortur i innych form okrutnego, nieludzkiego i poniżającego traktowania albo karania. Ponadto raport opisuje problemy systemowe i mocne strony, wyróżniające wizytowaną placówkę na tle innych, podobnych instytucji.

#### **4. Ogólna charakterystyka placówki**

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Ciborzu powstał w 1958 r. Położony jest na terenie stanowiącym w przeszłości koszar wojskowe, otoczony jest lasem i jeziorem. Podmiotem tworzącym Szpital jest Województwo Lubuskie.

Celem działania placówki jest udzielanie pacjentom stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, w tym ambulatoryjnych i szpitalnych.

Na terenie Szpitala znajdują się następujące oddziały: Całodobowe Oddziały Psychiatryczne Ogólne, Całodobowy Oddział Psychiatrii Sądowej w Warunkach Podstawowego Zabezpieczenia, Całodobowy Oddział Psychogeriatryczny, Całodobowy Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych, Całodobowy Oddział Leczenia Zespołów Abstynencyjnych po Substancjach Psychoaktywnych, Całodobowy Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu, Całodobowy Oddział Terapii Uzależnienia od Substancji Psychoaktywnych, Całodobowy Oddział Rehabilitacji dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych.

Ponadto na terenie Szpitala znajdują się między innymi: Izba Przyjęć, Oddział Dzienny Psychiatryczny, Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny i Hostel dla Osób Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych (stanowi on uzupełnienie oferty stacjonarnego leczenia odwykowego dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych i trafiają do niego osoby po ukończonym leczeniu odwykowym).

Liczba łóżek w wizytowanych Całodobowych Oddziałach Psychiatrycznych Ogólnych wynosiła łącznie 189 (Oddział A posiadał 49 łóżek, Oddział B – 63 łóżka, Oddział C – 77 łóżek). Według stanu na dzień 7 listopada 2023 r. w oddziałach tych przebywało łącznie 152 pacjentów (w Oddziale A przebywało 42 pacjentów, w Oddziale B – 49 pacjentów, w Oddziale C – 61 pacjentów).

## **5. Mocne strony**

Teren Szpitala otoczony jest lasem i jeziorem. Lokalizacja placówki oraz wyposażenie terenu rekreacyjnego sprzyja wyciszeniu się pacjentów oraz umożliwia spacer i odwiedziny w bardzo przyjaznych warunkach, w otoczeniu przyrody. Na terenie placówki znajdują się m.in. ławki, altanki z zadaszeniem, sprzęty do ćwiczeń na świeżym powietrzu, stoły do gry w piłkarzyki, boisko do siatkówki i kosz do gry w koszykówkę.

Pacjenci mogą też korzystać z odrębnego budynku (Ośrodek Rehabilitacji Psychiatrycznej „Eskulap”), w którym znajdują się m.in. sala teatralna/kinowa, sala muzyczna (z instrumentami), kręgielnia, telewizor z konsolą do gier, sala (pracownia) plastyczna oraz muzeum zawierające w swoich zbiorach filmy, zdjęcia i eksponaty przedstawiające historię szpitala.

Wizytujący pozytywnie ocenili fakt, że teren Szpitala nie jest odizolowany od lokalnej społeczności barierami fizycznymi (np. murem), które mogłyby wzmacniać poczucie izolacji i sprzyjać stygmatyzacji oraz dyskryminacji pacjentów ze strony społeczeństwa. W pobliżu obiektów szpitalnych znajdują się bloki mieszkalne i sklep, co sprzyja integracji ze światem zewnętrznym i przełamaniu stereotypów dotyczących leczenia i funkcjonowania osób z chorobami i dysfunkcjami psychicznymi.

## **6. Problemy systemowe**

### **6.1 Wysłuchanie pacjentów przyjmowanych w trybie „bez zgody” przez sąd w formie wideokonferencji**

Na podstawie art. 45 ust. 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego<sup>10</sup> (dalej: u.o.z.p.) sędzia wizytujący szpital wysłuchuje osobę przyjętą do szpitala psychiatrycznego w trybie art. 23, 24 lub 28, nie później niż w terminie 48 godzin od otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w art. 23 ust. 4. W razie stwierdzenia, że pobyt tej osoby w szpitalu psychiatrycznym jest oczywiście bezzasadny, sędzia zarządza natychmiastowe jej wypisanie ze szpitala i wnosi o umorzenie postępowania.

Jak ustaliła delegacja KMPT, ze względów epidemiologicznych spowodowanych pandemią COVID-19 obowiązywała praktyka zdalnego wysłuchania pacjenta przez sędziego w przedmiocie umieszczenia w szpitalu bez zgody (art. 45 ust. 2 u.o.z.p.). Zdalne wysłuchania były kontynuowane mimo zniesienia stanu epidemii.

Obecnie taka forma posiedzenia jest możliwa dzięki zmianie Kodeksu postępowania cywilnego w lipcu 2023 r. Zgodnie z art. 151 § 2 k.p.c.: „Przewodniczący

---

<sup>10</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 2123 z późn. zm.

może zarządzić przeprowadzenie posiedzenia jawnego przy użyciu urządzeń technicznych umożliwiających jego przeprowadzenie na odległość (posiedzenie zdalne), jeżeli nie stoi temu na przeszkodzie względ na charakter czynności, które mają być dokonane na posiedzeniu, a przeprowadzenie posiedzenia zdalnego zagwarantuje pełną ochronę praw procesowych stron i prawidłowy tok postępowania”.

Umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym w drastyczny sposób ingeruje w prawo człowieka do wolności i samodzielnego podejmowania decyzji dotyczących swojej osoby. Dlatego też postępowanie w tego rodzaju sprawach powinno być prowadzone z zachowaniem szczególnej troski w zakresie zabezpieczenia gwarancji procesowych osoby, której dotyczy.

W ocenie KMPT bezpośredni kontakt pacjenta z sędzią zwiększa możliwość dokonania obiektywnej oceny stanu zdrowia i przesłanek uzasadniających pobyt w oddziale psychiatrycznym. Ponadto osobisty dostęp pacjenta do sędziego ma też istotne znaczenie z punktu widzenia prewencji tortur i innych form poniżającego traktowania. Ułatwia bowiem pacjentowi zgłoszenie przypadków nadużyć. Z kolei sędzia ma możliwość dokonania oceny stanu fizycznego i psychicznego pacjenta. W przypadku ujawnienia obrażeń lub zgłoszenia nadużyć może ten fakt odnotować i podjąć w sprawie odpowiednie działania. Bezpośredni kontakt pacjenta i sędziego minimalizuje też ryzyko nacisku ze strony pracowników szpitala.

Europejski Komitet do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) podnosi analogiczną kwestię w kontekście zwalczania złego traktowania przez Policję. Wskazuje przy tym, że „postawienie osoby przed sędzią stanowi dogodną okazję do złożenia skargi przez podejrzanego, którego poddano złemu traktowaniu. Ponadto nawet jeśli brak jest takiej skargi, sędzia ma możliwość podjęcia w odpowiednim czasie działań, gdy

zauważy oznaki złego traktowania (np. obrażenia ciała, ogólny wygląd osoby i jej zachowanie)”<sup>11</sup>.

Połączenia sądowe w formie zdalnej obarczone są też barierami i ryzykiem, które stwarza technologia, takimi jak słaba jakość połączenia i/lub przerywanie połączenia. Może to rzutować na zrozumienie przebiegu rozprawy, otrzymanych pouczeń i zrozumienia własnych praw (szczególnie przez osoby w podeszłym wieku i/lub niedosłyszące) oraz utrudniać sędziemu zidentyfikowanie i zarejestrowanie zarzutów dotyczących tortur i złego traktowania osadzonych. Przykładowo słaba jakość wideo może uniemożliwić dostrzeżenie obrażeń lub ich wielkość.

Optymalnym rozwiązaniem jest więc odstąpienie od praktyki zdalnych wysłuchań pacjentów przyjmowanych w trybie „bez zgody”, na rzecz tradycyjnych posiedzeń sądowych na terenie szpitala.

## **6.2 Stosowanie kajdanek w trakcie transportu**

Z uzyskanych informacji wynika, że zdarzają się sytuacje, gdy pacjenci przywożeni do szpitala przez Policję są skuci kajdankami. W tych przypadkach kajdanki stosowane są przez funkcjonariuszy Policji w trybie ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej<sup>12</sup>. Praktyka stosowania kajdanek wobec pacjentów budzi wiele wątpliwości. Standardy CPT zabraniają wręcz stosowania kajdanek przy unieruchamianiu pacjentów psychiatrycznych<sup>13</sup>.

Zakładanie kajdanek każdemu pacjentowi (tylko dlatego, że jest pacjentem psychiatrycznym) konwojowanemu do szpitala lub poza szpital jest nadużyciem, nieznajdującym odzwierciedlenia w przepisach prawa. Ustawa o środkach przymusu bezpośredniego – jako pierwszą zasadę posługiwania się kajdankami – wskazuje, aby używać ich lub wykorzystywać w sposób niezbędny do osiągnięcia celów tego użycia

---

<sup>11</sup> Zob. Dwunasty Raport Generalny, CPT/Inf (2002) 12, p. 45.

<sup>12</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 383.

<sup>13</sup> Zob. Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych. Standardy CPT, CPT/Inf (2017) 6, par. 3.3.



lub wykorzystania, proporcjonalnie do stopnia zagrożenia, wybierając środek o możliwie jak najmniejszej dolegliwości (art. 6 ustawy).

Na problem stosowania przez Policję kajdanek w stosunku do pacjentów psychiatrycznych Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił uwagę w wystąpieniu generalnym do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w kwietniu 2022 r.<sup>14</sup>

### **6.3 Instalacja przyzywowa**

Jednym z elementów ochrony praw pacjentów weryfikowanym każdorazowo przez KMPT w trakcie wizytacji placówek psychiatrycznych jest ich bezpieczeństwo, które powinno być traktowane priorytetowo. Ważnym narzędziem w tym zakresie jest sprawnie funkcjonująca i łatwo dostępna dla pacjentów instalacja alarmowo-przyzywowa. Umożliwia ona szybką interwencję personelu medycznego w sytuacjach kryzysowych związanych z nagłym pogorszeniem się stanu zdrowia pacjenta. Dlatego też przyciski alarmowo-przyzywowe powinny znajdować się we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez pacjentów, m.in. w ich salach, sanitariatach, pomieszczeniach do wykonywania przymusu bezpośredniego.

W wizytowanej placówce brak było instalacji przyzywowej w niektórych salach i łazienkach, a tam gdzie się znajdowała – była niesprawna.

CPT w swoich raportach z wizytacji szpitali psychiatrycznych wielokrotnie rekomendował montaż i konserwację urządzeń służących do wezwania pomocy<sup>15</sup>.

Konieczność wyposażenia pacjentów oddziałów i szpitali psychiatrycznych w tego typu sygnalizację była już zgłaszana przez Rzecznika Ministrowi Zdrowia<sup>16</sup>.

---

<sup>14</sup> Wystąpienie generalne RPO do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 11 kwietnia 2022 r. (II.574.1.2022.PZ).

<sup>15</sup> Zob. Raporty CPT z wizyt w: Hiszpanii [CPT/Inf (2007) 28, p. 132], Turcji [CPT/Inf (99) 2, p. 198], na Węgrzech [CPT/Inf (2006) 20, p. 134 oraz CPT/Inf (2010) 16, p. 95].

<sup>16</sup> Zob. Wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 22 maja 2017 r. (KMP.574.4.2017.DK).

## **7. Obszary wymagające poprawy**

### **7.1 Badanie lekarskie i dokumentowanie obrażeń**

KMPT podkreśla, że badanie medyczne służące ujawnieniu ewentualnych śladów tortur powinno spełniać dwa podstawowe kryteria – być przeprowadzone w najkrótszym możliwym czasie po zaistnieniu zdarzenia i z uwzględnieniem zasad dotyczących skutecznego dokumentowania tortur. Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT) podkreśla, że badanie powinno odbywać się w warunkach poufności (obecny powinien być wyłącznie personel medyczny) i być ukierunkowane na zdiagnozowanie ewentualnych przypadków tortur i złego traktowania<sup>17</sup>.

Obrażenia ciała pacjenta w wizytowanej placówce dokumentowane są przez opisanie zmian w dokumentacji medycznej. Odnotowywany jest również brak obrażeń u nowo przyjętej osoby. Nie są natomiast wykonywane zdjęcia zmian, co byłoby wskazane, oczywiście za zgodą pacjenta.

W kontekście prawidłowego dokumentowania obrażeń zdaniem KMPT ważne jest zaznajomienie pracowników z Protokołem stambulskim<sup>18</sup>, czyli Podręcznikiem skutecznego badania i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania. Protokół ten wskazuje m.in., w jaki sposób należy dokumentować wszelkie urazy przez nanoszenie ich na tzw. mapy ciała. Skuteczna dokumentacja jest bowiem jedną z najbardziej fundamentalnych kwestii dotyczących ochrony przed torturami, a Protokół stambulski stanowi podstawowe narzędzie dostarczające informacji i wskazówek, jak identyfikować i dokumentować

---

<sup>17</sup> Raport SPT z wizyty na Ukrainie, 18 maja 2017 r., CAT/OP/UKR/3, § 57-61.

<sup>18</sup> Oficjalny podręcznik ONZ zawierający wytyczne w zakresie wykrywania tortur, ich dokumentowania i prowadzenia postępowań przygotowawczych. Zob. Istanbul Protocol: Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Office of the High Commissioner for Human Rights, Professional Training Series No. 8/Rev. 2, New York and Geneva, 2002. Uaktualniona wersja dostępna jest pod adresem:

<https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/istanbul-protocol-manual-effective-0>.

przypadki stosowania tortur lub innego okrutnego traktowania albo karania<sup>19</sup>.

W ocenie przedstawicieli KMPT forma dokumentowania obrażeń określona w Protokole stambulskim jest konieczna we wszystkich miejscach detencji. Celem badania jest bowiem nie tylko ustalenie stanu zdrowia danej osoby, ale również ujawnienie i odpowiednie udokumentowanie wszelkich śladów mogących świadczyć o poddaniu jej przemocy. Brak udokumentowania może prowadzić do sytuacji, że osobie pozbawionej wolności bardzo trudno będzie udowodnić fakt niewłaściwego traktowania np. ze strony doprowadzających ją do placówki osób. Przedstawiciele personelu medycznego, jako osoby dysponujące specjalistyczną wiedzą oraz w wielu wypadkach mające bezpośredni kontakt z potencjalną ofiarą przemocy, powinni wykazać zatem szczególne zainteresowanie w zakresie występujących u pacjentów dolegliwości i śladów na ciele.

Na kwestię stosowania map ciał i odpowiedniego dokumentowania wszelkich urazów zwrócił uwagę CPT podczas wizyty w Polsce, wskazując, że rejestracja badań lekarskich w przypadku obrażeń powinna być wykonywana przy pomocy specjalnego formularza przygotowanego na takie potrzeby, zawierającego zarysy sylwetki do zaznaczania umiejscowienia obrażeń, które będą przechowywane w kartotece medycznej. Także zdjęcia, jeśli zostały zrobione, powinny zostać zamieszczone w dokumentacji medycznej<sup>20</sup>.

Mając powyższe na uwadze, KMPT zaleca dokumentowanie ewentualnych obrażeń pacjentów zgodnie z powyżej przedstawionymi wskazówkami.

---

<sup>19</sup> Zob. Raport Podkomitetu ONZ ds. Zapobiegania Torturom oraz Innemu Okrutnemu, Nieludzkiemu, Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu z wizyty w Peru, 9 sierpnia 2017 r., CAT/OP/PER/1, § 20; Raport z wizyty SPT na Ukrainie, 16 marca 2016 r., CAT/OP/UKR/1, § 46-48; Raport SPT z wizyty w Brazylii, 5 lipca 2012 r., CAT/OP/BRA/1, § 38-39.

<sup>20</sup> Zob. § 80 Raportu CPT z 2017 r. [CPT/Inf (2018) 39].

## **7.2 Stosowanie przymusu bezpośredniego**

Zgodnie z ustaleniami KMPT, personel zna zasady i wskazania do stosowania przymusu bezpośredniego. Przymus bezpośredni stosuje co do zasady personel na oddziale. Szpital ma jednak podpisane umowy zlecenia z pracownikami szpitala, których zadaniem jest pomoc pracownikom przy uspokajaniu pacjentów i w razie potrzeby, stosowaniu przymusu bezpośredniego. Panowie mają za zadanie przez 10 dni w miesiącu pozostawać pod telefonem na dyżurze i w razie wezwania mają 10 minut na to, by stawić się w szpitalu.

KMPT zwraca uwagę, że nie wszystkie oddziały posiadały odrębne pomieszczenie do stosowania unieruchomienia. Na oddziale B brak było takiego pomieszczenia – unieruchomienie pasami było stosowane tylko na salach, pacjent jest wówczas osłaniany parawanem. Personel przyznawał jednak, że nie jest to dobre rozwiązanie – pacjent bowiem krzyczy, pluje, czasem płacze; wzbudza to niepokój pozostałych pacjentów i czyni go bezbronnym ze strony pacjentów, szczególnie gdy w pomieszczeniu nie znajduje się nikt z personelu. W trakcie wizytacji jeden z pacjentów był unieruchamiany na sali i oddzielony parawanem. Z informacji udzielonej przez dyrekcję placówki wynikało, że oddział B miał zostać w niedługim odstępie czasu przeniesiony do innego budynku, w którym znajduje się pomieszczenie do izolacji.

Krajowy Mechanizm zdaje sobie sprawę, że takie rozwiązanie polegające na użyciu parawanu jest zgodne z obowiązującymi przepisami, jednakże podkreśla, że pacjenci, w stosunku do których stosowany jest przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, powinni mieć zapewnione, jak najbardziej to możliwe, uczucie prywatności oraz nie powinni być poddawani mechanicznym środkom przymusu w obecności innych pacjentów.

Należy także zwrócić uwagę na zalecenie CPT wyrażone w raporcie<sup>21</sup> sporządzonym po wizytacji w Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku w 2017 roku. Komitet

---

<sup>21</sup> CPT/Inf (2018) 39.

stoi na stanowisku, że praktyka polegająca na ustawianiu parawanu w sali wieloosobowej nie może być uznana za zapewnienie prawa do prywatności pacjentom, wobec których zastosowano środki przymusu bezpośredniego. Dlatego też Komitet zalecił zaprzestanie tego typu praktyk. Zalecenie to zbieżne jest ze stanowiskiem KMPT. Dlatego też przedstawiciele Krajowego Mechanizmu zalecają przyjęcie rozwiązań mających zapewnić prywatność pacjentom w zabezpieczeniu.

Mając powyższe na uwadze, KMPT przypomina, że stosowanie środków przymusu bezpośredniego z powodu ich inwazyjnego charakteru rodzi możliwość nadużycia i złego traktowania.

Zgodnie ze standardami CPT<sup>22</sup> stosowanie przymusu powinno być traktowane jako środek ostateczny. Po ustaniu sytuacji powodującej zastosowanie przymusu wobec pacjenta należy natychmiast zaprzestać jego stosowania. W przypadku fizycznego (ręcznego) środka przymusu personel powinien być specjalnie przeszkolony w zakresie technik trzymania, które minimalizują ryzyko obrażeń. Chwyty za szyję i techniki, które mogą blokować drogi oddechowe pacjentów lub powodować ból, powinny być zabronione.

Pacjenci nie powinni być poddawani mechanicznym środkom przymusu w obecności innych pacjentów (chyba że pacjent wyraźnie wyraża chęć pozostania w towarzystwie innego pacjenta); wizyty innych pacjentów powinny odbywać się wyłącznie za wyraźną zgodą pacjenta poddanego środkowi przymusu. Czas stosowania środków przymusu bezpośredniego i izolacji powinien być możliwie jak najkrótszy (zwykle minuty, a nie godziny). W razie ustania przyczyn leżących u podstaw ich zastosowania, przymus powinien zostać bezzwłocznie zakończony.

Po zaprzestaniu stosowania środków przymusu ważne jest udzielenie pacjentowi informacji, wyjaśnienie powodów zastosowania środka przymusu wobec niego, zmniejszenie urazu psychologicznego, jakiego doznał, i przywrócenie relacji lekarz–pacjent. Daje to również szansę pacjentowi, wraz z personelem, na znalezienie

---

<sup>22</sup> Zob. Środki przymusu w placówkach psychiatrycznych dla dorosłych. Standardy CPT, CPT/Inf (2017) 6.

alternatywnych sposobów utrzymania kontroli nad samym sobą, co może zapobiec przyszłym wybuchom przemocy i kolejnemu zastosowaniu środków przymusu.

### **7.3 Prawo do informacji**

Prawo do informacji stanowi podstawową gwarancję prewencji tortur i złego traktowania. Otrzymanie przez pacjenta zrozumiałych informacji o istotnych dla niego kwestiach (np. przysługujących prawach, obowiązujących procedurach, sposobie składania skarg) zwiększa poczucie bezpieczeństwa, pozwala odgrywać aktywną rolę w zabezpieczaniu własnych praw, ułatwia dostęp do mechanizmów skargowych, przez co pełni rolę prewencyjną w zapobieganiu przemocy. Dlatego niezwykle ważne jest, by wszelkie informacje w tym zakresie były widoczne i czytelne, zarówno dla pacjentów, osób odwiedzających, jak i personelu.

W analizowanych aktach cudzoziemców w kwestii odnotowywania sposobu komunikacji cudzoziemca z personelem delegacja zauważyła brak spójności w prowadzonej dokumentacji. W części analizowanej dokumentacji znajdowały się informacje o ograniczonej możliwości porozumiewania się, a w innych w ogóle nie było adnotacji o tym, w jakim języku porozumiewa się osoba oraz czy rozumie język polski w mowie i piśmie. Z uzyskanych informacji od personelu wynika również, że nigdy nie korzystano ani z pomocy profesjonalnego tłumacza, ani z urządzeń elektronicznych służących do tłumaczeń.

KMPT zwrócił również uwagę na brak tłumaczeń regulaminów oraz praw i obowiązków pacjenta na języki obce.

Krajowy Mechanizm przypomina, że w momencie przyjęcia i tak często, jak jest to potrzebne, również później wszystkie osoby pozbawione wolności winny być informowane pisemnie i ustnie w języku, który rozumieją, o przepisach regulujących pobyt oraz o ich prawach i obowiązkach. Co więcej, osoby te mają prawo do posiadania pisemnej wersji przekazanych im informacji.

Z uwagi na powyższe KMPT zaleca zapewnienie, by wszelkie podpisywane przez cudzoziemców oświadczenia były tłumaczone na język dla nich zrozumiały. KMPT

zaleca też odnotowywanie w dokumentacji ewentualnych trudności w komunikacji oraz informacji, w jakim języku komunikuje się pacjent oraz czy i w jaki sposób nastąpiło tłumaczenie. Ponadto KMPT zaleca rozważenie zakupu elektronicznych tłumaczy dla personelu. Dodatkowo, biorąc pod uwagę aktualną sytuację migracyjną i potencjalny wzrost liczby obcokrajowców przyjmowanych do szpitali, KMPT zaleca przygotowanie informatora w językach obcych (zwłaszcza ukraińskim, rosyjskim i angielskim), w którym w przystępny sposób opisane zostaną najważniejsze dla pacjentów kwestie.

Przedstawiciele KMPT zwrócili uwagę, że na tablicach informacyjnych znajdują się wykazy podmiotów, do których pacjenci mogą złożyć skargę w przypadku naruszenia ich praw (Biuro Rzecznika Praw Pacjenta, Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego). KMPT rekomenduje uzupełnienie informacji znajdujących się na tablicach informacyjnych i wyeksponowanie danych teleadresowych: Rzecznika Praw Obywatelskich (wraz z numerem bezpłatnej infolinii: 0 800 676 676), Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego, sądu nadzorującego placówkę, prokuratury i organizacji pozarządowych działających w obszarze ochrony praw człowieka (np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka). Taka praktyka zwiększy dostęp pacjentów do zewnętrznych mechanizmów skargowych, które stanowią minimalną gwarancję prewencji tortur.

#### **7.4 Warunki bytowe**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zwrócił uwagę, że co do zasady warunki bytowe pacjentów są dobre. Uwagę przykuwa natomiast bardzo niewielka przestrzeń w salach przypadająca na jednego pacjenta oraz zbyt mała liczba szafek na ubrania i rzeczy osobiste. Zdaniem KMPT niezapewnienie odpowiedniej przestrzeni dla pacjentów może powodować napięcia i utrudniać proces terapeutyczny.

W ocenie CPT 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 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<sup>23</sup>.

Delegacja KMPT zwróciła uwagę na obecność krat w oknach w salach pacjentów oraz na korytarzach. Zgodnie z obowiązującymi przepisami, okna w pokojach, w których przebywają pacjenci, powinny być przeszklone od wewnątrz szkłem bezpiecznym i zabezpieczone przed możliwością otworzenia przez pacjentów<sup>24</sup>. Nie powinno się stosować zabezpieczeń w postaci krat. Dodatkowo KMPT podkreśla, że pacjenci umieszczeni w szpitalu psychiatrycznym nie są więźniami, a wszelkie analogie do jednostek penitencjarnych powinny zostać wyeliminowane. Środowisko terapeutyczne w takich placówkach powinno być jak najbardziej przyjazne dla osób tam przebywających. Obecność krat może wzbudzać w pacjentach poczucie zagrożenia i izolacji. Kraty w oknach w instytucjach opieki psychiatrycznej krytykuje także CPT, wskazując, że takie rozwiązania przyczyniają się do wytworzenia środowiska karnego<sup>25</sup>.

Dodatkowo Komitet podkreśla, że powinno zmierzać się do zapewnienia takich warunków materialnych, które sprzyjają leczeniu i dobremu samopoczuciu pacjentów. Ma to duże znaczenie nie tylko dla pacjentów, lecz także dla personelu pracującego w ośrodkach psychiatrycznych<sup>26</sup>.

---

<sup>23</sup> Wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego CPT, CPT/Inf(98)12, § 34.

<sup>24</sup> Pkt 5 rozdziału VIII Załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r., poz. 402).

<sup>25</sup> Raport CPT z wizyty w Serbii w 2015 r., CPT/Inf (2016) 21, par. 156; Raport CPT z wizyty w Wielkiej Brytanii w 1994 r., CPT/Inf (96) 11, par. 268; Raport CPT z wizyty w Finlandii w 2014 r., CPT/Inf (2015) 25, par. 97.

<sup>26</sup> Wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego CPT, CPT/Inf(98)12, § 32.



W związku z powyższym KMPT podkreśla konieczność zdemontowania krat i zapewnienia odpowiedniego zabezpieczenia okien zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Ponadto KMPT zwraca uwagę na konieczność zapewnienia odpowiedniej przestrzeni dla pacjenta oraz niezbędnej mu szafki do przechowywania rzeczy osobistych.

Krajowy Mechanizm pragnie także zwrócić uwagę na kwestię monitoringu w wizytowanej placówce. Na terenie oddziałów zainstalowano monitoring wizyjny (w niektórych salach, sanitariatach i pomieszczeniach do stosowania unieruchamiania). Nie był on jednak włączony, z wyjątkiem jednej z sal, ale nawet wówczas możliwy był jedynie bieżący podgląd (system nie archiwizował zapisów).

W związku z powyższym KMPT zaleca zapewnienie sprawnie działającego monitoringu wizyjnego.

## **7.5 Personel**

Niezwykle istotnym zagadnieniem każdorazowo badanym w trakcie wizytacji placówek psychiatrycznych przez KMPT są problemy kadrowe. Przyczyn licznego niedoboru personelu należy upatrywać w niedofinansowaniu psychiatrii. W czasie prowadzonych wizytacji przedstawiciele KMPT każdorazowo weryfikują stan kadrowy w placówce, jego merytoryczne przygotowanie oraz oferowane przez pracodawcę możliwości podnoszenia kwalifikacji.

Z uzyskanych informacji wynika, że na każde piętro budynku w skład personelu wchodzi w ciągu dnia: lekarz specjalista, psycholog, terapeuta, lekarz rezydent, pielęgniarka oddziałowa oraz odcinkowa i salowa. Natomiast na zmianie nocnej na jednym piętrze pracuje pielęgniarka i salowa, a na izbie przyjęć dyżuruje lekarz. W roku akademickim na oddziałach obecni są również studenci.

KMPT zwrócił uwagę na konieczność zwiększenia obsady personelu pielęgniarskiego na oddziałach. Zdarzały się bowiem sytuacje, gdy na dyżurze była na kondygnacji jedna pielęgniarka i salowa, co osłabia nadzór nad pacjentami,

szczególnie gdy są oni unieruchamiani pasami. Zdarzały się także sytuacje, gdy pracownicy przekraczali zakres podstawowego czasu pracy.

Zespół wizytujący odebrał sygnały o problemie związanym z pozyskaniem personelu pielęgniarskiego wynikającym nie z braku środków na ten cel, lecz z faktem, że znaczna część absolwentów/ek pielęgniarstwa podejmuje pracę w innych podmiotach leczniczych. Dlatego też szpital zatrudnia ratowników medycznych.

Mając powyższe na uwadze, KMPT zaleca podejmowanie dalszych kroków w celu zwiększania personelu pielęgniarskiego na oddziałach. W kontekście szpitali psychiatrycznych CPT zwraca uwagę, że zasoby ludzkie powinny być adekwatne pod względem liczby personelu, jego kategorii (psychiatrzy, lekarze ogólni, pielęgniarki, psychologowie, terapeuci zajęciowi, pracownicy socjalni itp.), doświadczenia i wykszolenia. Słabości w tym zakresie często poważnie utrudniają zapewnienie pacjentom zajęć, co więcej – mogą prowadzić do sytuacji wysokiego ryzyka dla pacjentów, bez względu na dobre intencje i szczerze wysiłki zatrudnionego personelu<sup>27</sup>.

Przedstawiciele KMPT pozytywnie oceniają wykształcenie personelu, jego doświadczenie i przygotowanie do pracy. Personel ma zapewniony dostęp do licznych szkoleń. Jednakże z uwagi na specyfikę pracy, występowanie sytuacji trudnych w relacjach z pacjentami oraz obciążenie psychiczne związane z wykonywaniem zawodu, KMPT rekomenduje, by objąć szkoleniami zarówno personel medyczny, jak i psychologów oraz terapeutów – z tematyki dotyczącej: rozwiązywania konfliktów, sposobów radzenia sobie ze stresem i agresją, wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku.

Personel nie miał dostępu do superwizji prowadzonej przez zewnętrznego superwizora, która pozwoliłaby na rozładowanie napięć powstałych wskutek wykonywanych obowiązków służbowych oraz omówienie sytuacji trudnych i metod zaradczych, co sprzyjałoby prewencji wypalenia zawodowego. W związku z powyższym KMPT rekomenduje zapewnienie pracownikom takiej formy konsultacji.

---

<sup>27</sup> Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych. Wyciąg z Ósmego Raportu Generalnego CPT, CPT/Inf (98) 12-part, par. 42.

## **7.6 Utrudniony kontakt pacjentów z prawnikami przyznanymi z urzędu**

KMPT z niepokojem odnosi się do informacji uzyskanych w trakcie wizytacji wskazujących na brak rzeczywistego kontaktu pacjentów z przydzielonymi im z urzędu pełnomocnikami, o których mowa w art. 48 u.o.z.p. Co więcej, pacjenci nie wiedzą zwykle, kto jest ich pełnomocnikiem. Sąd informuje tylko o przyznaniu pełnomocnika z urzędu, a następnie kieruje do właściwej miejscowo Okręgowej Rady Adwokackiej lub Okręgowej Izby Radców Prawnych wnioski o wyznaczenie pełnomocnika. Po wskazaniu konkretnego adwokata lub radcy prawnego informacja dotycząca jego danych oraz danych kontaktowych wysyłana jest pod adres zamieszkania pacjenta, podczas gdy ten przebywa w szpitalu.

Należy mieć przede wszystkim na uwadze, iż niezależnie od rodzaju pozbawienia wolności (a tym bez wątpienia jest przebywanie w szpitalu psychiatrycznym na mocy postanowienia sądu), faktyczny i poufny dostęp do pomocy prawnej (w tym bezpłatnej) stanowi jedną z podstawowych gwarancji minimalizujących ryzyko tortur lub innych form złego traktowania<sup>28</sup>.

Z uwagi na powyższe Krajowy Mechanizm zwróci się odrębnym pismem do Dziekana Okręgowej Rady Adwokackiej w Zielone Górze oraz Okręgowej Izby Radców Prawnych w Zielonej Górze o przypomnienie pełnomocnikom ich roli w procesie zapobiegania torturom oraz o konieczności przestrzegania etyki zawodowej.

## **8. Zalecenia**

Na podstawie art. 19 OPCAT Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur zaleca:

### **8.1 Dyrektorowi Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego dla Nerwowo i Psychicznie Chorych SPZOZ w Ciborzu:**

1. dokumentowanie ewentualnych obrażeń pacjentów zgodnie ze wskazaniami w pkt 7.1 raportu;

---

<sup>28</sup> Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych. Wyciąg z Ósmego Raportu Generalnego, CPT, CPT/Inf (98) 12-part, par. 54.

2. zwiększenie obsady pielęgniarskiej na oddziałach zarówno w dzień, jak i w nocy;
3. podjęcie działań mających na celu zapewnienie instalacji przyzywowej pacjentom we wszystkich oddziałach;
4. zapewnienie, by wszelkie podpisywane przez cudzoziemców oświadczenia były tłumaczone na język dla nich zrozumiały;
5. odnotowywanie w dokumentacji ewentualnych trudności w komunikacji z cudzoziemcami, a także informacji, w jakim języku komunikuje się pacjent oraz czy i w jaki sposób nastąpiło tłumaczenie;
6. przygotowanie informatora w językach obcych (zwłaszcza ukraińskim, rosyjskim i angielskim), w którym w przystępny sposób opisane zostaną najważniejsze dla pacjentów kwestie;
7. rozważenie zakupu elektronicznych tłumaczy dla personelu;
8. uzupełnienie wykazu instytucji znajdujących się na tablicach informacyjnych, stosownie do uwag wskazanych w pkt 7.3 raportu;
9. zdemontowanie krat w oknach i dostosowanie ich do obowiązujących przepisów;
10. zapewnianie odpowiedniej przestrzeni dla pacjenta oraz niezbędnej mu szafki do przechowywania rzeczy osobistych;
11. zapewnienie sprawnie działającego monitoringu wizyjnego;
12. rozbudowanie oferty szkoleń pracowników i włączenie do nich zagadnień tematycznych związanych z problematyką: rozwiązywania konfliktów, sposobów radzenia sobie ze stresem i agresją, wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku;
13. przeszkolenie pracowników z Protokołu stambulskiego;
14. zapewnienie pracownikom regularnej superwizji.

**8.2 Przewodniczącej III Wydziału Rodzinnego i Nieletnich Sądu Rejonowego w Świebodzinie:**

1. zapoznanie sędziów orzekających w Sądzie Rejonowym w Świebodzinie, III Wydział Rodzinny i Nieletnich, z argumentacją wskazaną w pkt 6.1 raportu.

**8.3 Wojewodzie Lubelskiemu:**

1. udzielenie wsparcia finansowego niezbędnego do realizacji ww. zaleceń.

Sporządziła: Klaudia Kamińska

Za Zespół podpisuje:

Rafał Kulas

Dyrektor Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/