



Warszawa, 14-03-2025 r.

**BIURO
RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH**

Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur

KMP.574.8.2024.SK

**Raport Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
z wizytacji Oddziału Psychiatrycznego
Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Psarskiego
w Ostrołęce**

I. Mandat Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur

1. 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)¹.
2. OPCAT ustanowił system regularnych wizyt prewencyjnych w miejscach pozbawienia wolności. Wizyty te są przeprowadzane przez niezależne organy: Podkomitet ONZ ds. Prewencji Tortur (SPT)² i krajowe mechanizmy prewencji. W Polsce funkcję krajowego mechanizmu prewencji wykonuje Rzecznik Praw Obywatelskich za pomocą funkcjonującego w Biurze RPO Zespołu – Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (dalej: KMPT, Krajowy Mechanizm)³.
3. KMPT na dostęp do wszystkich „miejsc zatrzymań” w rozumieniu OPCAT. Są to wszystkie miejsca pozostające pod jurysdykcją i kontrolą państwa-strony, gdzie

¹ 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 (OPCAT).

² Subcommittee on Prevention of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (SPT), <https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/spt>.

³ Zob. art. 1 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2024 r. poz. 1264).

przebywają lub mogą przebywać osoby pozbawione wolności na podstawie polecenia organu władzy publicznej bądź za jego namową, zgodą lub przyzwoleniem⁴. 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”⁵.

4. Wizytacje KMPT są niezapowiedziane. W czasie wizytacji członkowie KMPT mają dostęp do wszystkich pomieszczeń, instalacji i urzędzeń, 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 wizyjnego⁶. Mają też prawo rejestrowania dźwięku lub obrazu w miejscach, w których przebywają osoby pozbawione wolności, za zgodą osób, które będą rejestrowane⁷. Spostrzeżenia KMPT opierają się więc na różnych źródłach, m.in. własnych obserwacjach, przeprowadzonych rozmowach, analizie dokumentacji i zapisów monitoringu⁸.

5. Wizytacja KMPT w miejscu pozbawienia wolności ma charakter zapobiegawczy i stanowi uzupełnienie prac SPT. Krajowy Mechanizm nie jest organem śledczym. Nie rozpatruje też skarg⁹. Celem wizytacji KMPT jest identyfikowanie czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania osób pozbawionych wolności oraz przedstawienie zaleceń mających na celu ich wyeliminowanie.

6. Formułując swoje wnioski i zalecenia, KMPT bierze pod uwagę międzynarodowe standardy praw człowieka, w szczególności standardy ONZ¹⁰.

7. Podstawą systemu zapobiegawczego stworzonego przez OPCAT jest dialog między KMPT i odpowiednimi władzami, zmierzający do poprawy sytuacji¹¹.

⁴ Zob. art. 4 ust. 1 OPCAT.

⁵ Zob. art. 4 ust. 2 OPCAT.

⁶ Zob. art. 20 OPCAT.

⁷ Zob. art. 13 ust. 1a ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich.

⁸ 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 2023 r., Część II – Jak pracuje KMPT?

⁹ Zob. Dziewiąte Sprawozdanie Roczne SPT z 22 marca 2016 r., CAT/OP/C/57/4, Aneks do sprawozdania, część II, p. 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, Nowy Jork i Genewa 2018, s. 4-6.

¹⁰ Zob. art. 19 pkt b OPCAT.

¹¹ Zob. art. 22 OPCAT.

8. Osoby i organizacje, które zdecydowały się na przekazanie Krajowemu Mechanizmowi informacji, nie mogą ponieść z tego tytułu jakiejkolwiek sankcji lub uszczerbku, niezależnie od tego, czy udzieliły KMPT informacji prawdziwej lub fałszywej (zakaz represji)¹².

II. Wprowadzenie

9. W dniach 21–23 sierpnia 2024 r. przedstawiciele KMPT przeprowadzili wizytację Oddziału Psychiatrycznego Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce (dalej: szpital, placówka, oddział)

10. W skład zespołu wizytującego wchodziły: Justyna Józwiak (dr nauk społecznych w dziedzinie socjologii), Sylwia Kozarzewska (specjalista w dziedzinie profilaktyki społecznej i resocjalizacji) i Magdalena Niemczyk (pedagog).

11. W czasie wizytacji przedstawiciele KMPT odbyli wstępną rozmowę z Wojciechem Krzyżanowskim (zastępcą dyrektora ds. medycznych), Jakubem Puchalskim (ordynatorem oddziału) oraz Iwoną Zglejszewską (pielęgniarką oddziałową), dokonali oglądu wybranych przez siebie pomieszczeń placówki i terenu zewnętrznego, przeprowadzili poufne rozmowy z pacjentami oddziału psychiatrycznego, zapoznali się z prowadzoną na miejscu dokumentacją i nagraniami monitoringu.

12. Na koniec wizyty delegacja KMPT przekazała swoje wstępne uwagi zastępcy dyrektora ds. medycznych, ordynatorowi oddziału oraz pielęgniarce oddziałowej w czasie rozmowy podsumowującej.

13. Po zakończeniu wizytacji przedstawiciele KMPT dokonali analizy przekazanej przez placówkę dokumentacji, informacji pisemnych i nagrań audio-video z zastosowania przymusu bezpośredniego.

14. Niniejszy raport sygnalizuje problemy systemowe, wymagające zmiany obowiązującego prawa (pkt IV), oraz obszary wymagające ulepszeń, istotne z punktu widzenia prewencji tortur i innych form okrutnego, niehumanitarnego i poniżającego traktowania albo karania (pkt V); sygnalizuje problem dotyczący obecności osób skazanych i tymczasowo aresztowanych na oddziałach ogólnopsychiatrycznych (pkt VI) oraz porusza kwestię dotyczącą traktowania osób zatrzymanych przez funkcjonariuszy Policji (pkt VII).

¹² Zob. art. 21 ust. 1 OPCAT.

III. Charakterystyka placówki

15. Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr. J. Psarskiego w Ostrołęce jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą¹³, działającym jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. Podmiotem tworzącym szpital jest Samorząd Województwa Mazowieckiego.

16. Oddział psychiatryczny posiada 25 łóżek. W czasie wizytacji w placówce przebywało 24 pacjentów.

IV. Problemy systemowe

17. W pokojach lekarskich, pielęgniarskich oraz psychologa, a także na całym oddziale nie było instalacji alarmowo-przyzywowej. Zdaniem Krajowego Mechanizmu przyciski alarmowo-przyzywowe powinny znajdować się we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez chorych (łazienki, pokoje łóżkowe, pomieszczenia jednoosobowe do wykonywania przymusu bezpośredniego m.in. w postaci izolacji). Europejski Komitet ds. Zapobiegania Torturom i Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) w swoich raportach z wizytacji szpitali psychiatrycznych wielokrotnie rekomendował montaż i konserwację urządzeń służących do wezwania pomocy¹⁴. Rzecznik Praw Obywatelskich zgłaszał już konieczność wyposażenia pacjentów oddziałów i szpitali psychiatrycznych w tego typu sygnalizację¹⁵.

18. **KMPT rekomenduje zainstalowanie instalacji alarmowo-przyzywowej we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez pacjentów (zarówno w pokojach, jak i w toaletach).**

V. Obszary wymagające poprawy

A. Legalność pobytu

19. W dniu wizytacji na oddziale przebywało 24 pacjentów, jednak jak sygnalizował wizytującym personel, była to sytuacja wyjątkowa. Z informacji uzyskanych od personelu wynikało, że w ciągu ostatnich kilku lat każdorazowo na oddziale przebywa więcej pacjentów, niż jest zakontraktowanych łóżek w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Szpital kilkakrotnie zwracał się do

¹³ W rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799).

¹⁴ Zob. Raporty CPT z wizyt w: Hiszpanii [CPT/Inf (2007) 28, § 132], Turcji [CPT/Inf (99) 2, § 198], na Węgrzech [CPT/Inf (2006) 20, § 134 oraz CPT/Inf (2010)16, § 95].

¹⁵ Zob. Wystąpienie generalne RPO do Ministra Zdrowia z dnia 22 maja 2017 r. (KMP.574.4.2017.DK).

Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ o zwiększenie liczby miejsc (ponieważ są możliwości posiadania 30 łóżek), ale nie otrzymał na to zgody. W trakcie wizytacji zakontraktowanych było 25 łóżek, a liczba pacjentów była zawsze wyższa. KMPT jest zaniepokojony powyższą sytuacją, która może mieć wpływ na standard opieki nad pacjentami.

20. KMPT zaleca Dyrektorowi Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ponowną analizę potrzeb dotyczących liczby zakontraktowanych miejsc na oddziale psychiatrycznym Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce.

21. Zaniepokojenie Krajowego Mechanizmu zwrócił długi czas oczekiwania jednego z pacjentów na przyjęcie na oddział psychiatryczny. Pacjent ten został przyjęty bez swojej zgody, na wniosek dyrektora domu pomocy społecznej, w którym wcześniej przebywał¹⁶. Z jego dokumentacji wynikało, że w czasie pobytu w domu pomocy społecznej zaobserwowano pogorszenie się stanu zdrowia psychicznego mieszkańca. Miał on odmawiać przyjmowania leków (lub przyjmować je wybiórczo), wypowiadać treści urojeniowe, prezentować agresję werbalną wobec pracowników, zakłócać ciszę nocną i spokój mieszkańców, być pobudzony seksualnie. Z dokumentacji wynikało również, że w przeszłości pacjent był wielokrotnie hospitalizowany psychiatrycznie, m.in. z powodu zachowań agresywnych i autoagresywnych, oraz wymagał leczenia psychiatrycznego w warunkach oddziału całodobowego. Wizytujący zapoznali się z opinią sądowno-psychiatryczną pacjenta sporządzoną w tej sprawie na zlecenie sądu. Wynikało z niej, że nieprzyjęcie go do szpitala psychiatrycznego spowoduje znaczne pogorszenie stanu zdrowia psychicznego. Z dokumentacji udostępnionej wizytującym wynikało, że sąd wydał postanowienie 2 miesiące po sporządzeniu opinii sądowno-psychiatrycznej, zaś od dnia wydania postanowienia sądu do przyjęcia pacjenta na oddział upłynęło ponad 8 miesięcy.

22. Z uwagi na powyższe KMPT zwróci się odrębnym pismem do dyrektora domu pomocy społecznej o wyjaśnienie powodów tak długiego okresu wykonania postanowienia sądu. Ponadto Krajowy Mechanizm zwróci się do przewodniczącego wydziału sądu orzekającego w tej sprawie z prośbą o udzielenie informacji o powodach długiego okresu procedowania sądu w tej sprawie.

¹⁶ Zob. art. 29 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 r. poz. 917).

B. Traktowanie

23. Delegacja KMPT otrzymała informacje, że personel oddziału stosował wobec pacjentów odpowiedzialność zbiorową. W przypadku ucieczki wszyscy pacjenci na oddziale mieli zakaz wyjść na patio. KMPT podkreśla, że karanie pacjentów za czyny, których nie popełnili, może wywoływać w nich poczucie niesprawiedliwości, upokorzenia i prowokować działania odwetowe wobec faktycznego sprawcy. Ponadto pozbawianie pacjentów możliwości wyjścia na patio nie sprzyja poprawie stanu zdrowia oraz ogólnej atmosferze w oddziale.

24. **KMPT rekomenduje wyeliminowanie praktyki stosowania odpowiedzialności zbiorowej wobec pacjentów.**

25. Wizytujący zauważyli, że wielu pacjentów w trakcie dnia przebywało na oddziale w piżamach. Ponadto niektórzy pacjenci w piżamach wypuszczani byli na spacer po patio¹⁷. Wydaje się, że indywidualizacja w zakresie garderoby powinna być częścią właściwego traktowania pacjentów¹⁸.

26. **KMPT zaleca uczulenie personelu, aby starali się przekonać pacjenta do porannej zmiany piżamy na wygodne i czyste ubranie.**

27. Przedstawiciele KMPT przeanalizowali zapis monitoringu wizyjnego ze stosowania przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia pacjenta. Podczas jego unieruchomienia stan pacjenta nie był kontrolowany przez pielęgniarkę co 15 minut. Zgodnie z ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego stan fizyczny osoby unieruchomionej lub izolowanej kontroluje pielęgniarka, nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby¹⁹. W czasie trwania przymusu z użyciem pasów, którego czas wyniósł 50 minut, tylko raz pielęgniarz sprawdził stan zdrowia pacjenta, po 40 minutach od rozpoczęcia unieruchomienia.

28. **Krajowy Mechanizm zaleca, by stan unieruchamianych pacjentów był kontrolowany nie rzadziej niż co 15 minut, zgodnie z art. 18a ust. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.**

29. **Krajowy Mechanizm rekomenduje ponadto zapewnienie pracownikom szkolenia z prawidłowego i bezpiecznego stosowania przymusu bezpośredniego.**

¹⁷ Zob. Raport CPT z wizyty w Kosowie, CPT/Inf (2021) 23, § 171 oraz Macedonii Północnej, CPT/Inf (2021) 8, § 174.

¹⁸ Zob. Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych. Wyciąg z Ósmego Raportu Generalnego CPT, CPT/Inf (98)12-part.

¹⁹ Zob. art. 18a ust. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

C. Warunki bytowe

30. Wizytowany oddział nie był dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnością. W łazience i toalecie brakowało specjalnych uchwytów oraz krzeselka kąpielowego, zbyt mała była także przestrzeń manewrowa. Co prawda placówka wyposażona została w windę dla osób z niepełnosprawnością ruchową, jednak jej umiejscowienie uniemożliwiało takiej osobie samodzielne poruszanie się z oddziału na patio. Na oddziale znajdowała się jedna łazienka przystosowana dla osób z niepełnosprawnością, która pełniła jednocześnie funkcję suszarni i magazynu ubrań. Na korytarzu w budynku, poza oddziałem, znajdowała się druga łazienka, przystosowana dla osób z niepełnosprawnością, również nieużytkowana (w czasie wizytacji stał w niej rower). W obu przypadkach lustro zostało zawieszona zbyt wysoko, by mogła się w nim przejrzeć osoba poruszająca się na wózku.

31. Zgodnie z Konwencją o prawach osób niepełnosprawnych²⁰ należy umożliwić osobom z niepełnosprawnościami niezależne życie i pełny udział we wszystkich jego sferach. Ponadto zgodnie z przyjętą w dniu 1 sierpnia 1997 r. przez Sejm RP Kartą Praw Osób Niepełnosprawnych²¹, osoby z niepełnosprawnościami mają prawo życia w środowisku wolnym od barier funkcjonalnych. Zarówno wymieniona Karta, jak i Konwencja dotyczą również osób pozbawionych wolności oraz pacjentów – środowiska stworzonego w miejscu ich pobytu. W celu pełnego dostosowania oddziału do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, przy okazji przyszłych modernizacji, warto pamiętać o następujących zasadach, poprawiających jakość dostosowania:

- szerokość drzwi nie mniejsza niż 90 cm,
- progi do wysokości 2 cm (pożądany byłby brak progów),
- wysokość klamek, włączników świateł, przycisków itp. – 90–120 cm,
- przestrzeń manewrowa – 150 cm x 150 cm,
- w sanitariatach: brodzik nieposiadający progów 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 byłoby lustra umożliwiające ich pochylanie); stosowanie baterii jednouchwytowych z wydłużoną rączką lub na fotokomórkę, ułatwiającą korzystanie

²⁰ Zob. Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 1169).

²¹ Zob. Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. – Karta Praw Osób Niepełnosprawnych (M.P. Nr 50, poz. 475).

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).

Wymienione standardy ustalone zostały przez przedstawicieli Fundacji Polska bez barier, zgodnie z zasadami planowania dostępności, i uznane za optymalne dla odpowiedniego dostosowania placówek wizytowanych przez przedstawicieli KMPT.

32. Wizytowany oddział wymagał remontu. Wizytujący zaobserwowali brudne ściany, z których miejscami odpadał tynk. W niektórych łazienkach poręcz przy prysznicu zamontowana była niestabilnie, nie było specjalnego krzeselka pod prysznicem – często w tym miejscu stał taboret.

33. **KMPT rekomenduje dostosowanie oddziału do potrzeb osób z niepełnosprawnościami podczas najbliższych remontów i modernizacji.**

34. CPT wskazuje, że powinno się dążyć 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. W ocenie Komitetu 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 higienicznych²².

35. Podczas wizytacji przedstawiciele odnotowali, że sala obserwacyjna pacjentów była koedukacyjna. W noc poprzedzającą wizytację na łóżku pacjentki w nocy usiadł inny pacjent z sali i ją obudził. Umieszczenie w jednej sali obserwacyjnej kobiet i mężczyzn zwiększa ryzyko przemocy ze względu na płęć i przemoc seksualnej (SGBV)²³. Ryzyko to rośnie przy osłabionym nadzorze ze strony personelu, np. w nocy. Dodatkowo takie rozwiązanie jest niekomfortowe dla pacjentów.

36. **KMPT rekomenduje utworzenie odrębnych sal obserwacyjnych dla kobiet i mężczyzn.**

²² Zob. Przymusowe umieszczenie w ośrodkach psychiatrycznych, CPT/Inf (98)12-part, § 34.

²³ Zob. Przemoc seksualna i przemoc związana z płcią w miejscach pozbawienia wolności – zapobieganie i reagowanie. Standardy, rozwiązania, przykłady z regionu OBWE, Publikacja Biura Instytucji Demokratycznych i Praw Człowieka OBWE (ODIHR), s. 27. Dostęp na stronie: <https://www.osce.org/files/f/documents/4/1/559935.pdf>.

37. Przedstawiciele KMPT zwrócili uwagę, że wszystkie drzwi do pokoi pacjentów były częściowo przeszklone na dużej powierzchni, co umożliwiało ich obserwację z poziomu korytarza. Zdaniem przedstawicieli KMPT ta sytuacja była problematyczna, gdyż narażała pacjentów na obserwację nie tylko ze strony pracowników, ale i innych pacjentów, nie zapewniała poczucia bezpieczeństwa i intymności oraz mogła potęgować stres.

38. **KMPT zaleca wymianę drzwi w pokojach pacjentów.**

39. Na oddziale pacjenci mieli przy łóżkach tylko małe szafki, które były zdewastowane i korzystanie z nich było znacząco utrudnione. Ponadto nie były one w żaden sposób zabezpieczone.

40. **KMPT podkreśla, że należy zapewnić pacjentom określone miejsce, w którym mogą przechowywać swoje rzeczy pod kluczem;** brak takiego miejsca może godzić w poczucie bezpieczeństwa i elementarnej autonomii u pacjenta²⁴.

41. W świetlicy znajdował się telewizor, który po sprawdzeniu przez wizytujących okazał się niesprawny. Ponadto pacjenci przekazali KMPT, że był on w ich ocenie zawieszony zbyt wysoko i korzystanie z niego wiązało się z bólem karku.

42. **KMPT rekomenduje zapewnienie pacjentom sprawnie działającego telewizora i zmianę jego lokalizacji.**

43. W łazience dla osób z niepełnosprawnością znajdował się magazynek na ubrania dla pacjentów, które przynoszone są przez personel medyczny. Brakowało tam jednakże jednorazowej bielizny, a stan niektórych ubrań nie nadawał się do przekazania ich pacjentom. Na oddziale brakowało również produktów higienicznych dla kobiet, zwłaszcza podpasek.

44. **KMPT rekomenduje zakupienie jednorazowej bielizny oraz selekcję ubrań, która może być przeznaczona dla pacjentów. Ponadto KMPT rekomenduje zakup jednorazowych produktów higienicznych dla kobiet.**

45. Wizytujący podczas oglądu budynku zauważyli, że patio – jedyne miejsce, do którego pacjenci mają dostęp w ramach wyjść na zewnątrz z oddziału – nie posiadało częściowego zadaszenia. To sprawa istnienie pogodowych ograniczeń w przebywaniu na świeżym powietrzu. KMPT w ślad za CPT zaleca, by „wszyscy pacjenci korzystali z nieograniczonego dostępu do świeżego powietrza na terenie szpitala w ciągu dnia w bezpiecznym otoczeniu, chyba że czynności lecznicze wymagają ich obecności na oddziale, a pacjenci obłożnie chorzy, częściowo mobilni lub wymagający pomocy również mieli codzienny dostęp do świeżego powietrza”²⁵.

²⁴ Zob. Wyciąg z Ósmego Sprawozdania Ogólnego CPT, CPT/Inf (98)12, § 34.

²⁵ Zob. Raport CPT z wizyty w Chorwacji, CPT/Inf (2023) 30, § 152.

46. **KMPT rekomenduje zadaszenie części patio, aby pacjenci mogli korzystać ze świeżego powietrza bez względu na panujące warunki pogodowe.**

47. Pacjenci samodzielnie nie opuszczali oddziału. Nie wychodzili również na teren szpitala do sklepu, w którym mogliby zrobić najpotrzebniejsze zakupy. Część personelu odmawia robienia zakupów pacjentom, część dokonuje zakupów na ich prośbę. Na oddziale ani w budynku, w którym ten oddział się znajduje, nie było również automatu z drobnymi przekąskami, które mogliby kupić pacjenci. Pacjenci nie mieli możliwości zrobienia sobie samodzielnie zakupów.

48. **KMPT rekomenduje umożliwienie pacjentom robienia zakupów w pobliskim sklepie oraz wypracowanie innych rozwiązań organizacyjnych dla osób, które nie mogą opuszczać oddziału, a też chciałyby zrobić zakupy.**

D. Mechanizm skargowy

49. Warto zwrócić uwagę, że zdaniem Europejskiego Komitetu do Spraw Zapobiegania Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Traktowaniu albo Karaniu (CPT) pacjenci psychiatryczni (a także członkowie ich rodzin lub prawni przedstawiciele) powinni mieć możliwość składania skarg w ramach systemu administracyjnego zakładu i powinni mieć prawo do kierowania skarg – na zasadzie poufności – do niezależnego podmiotu zewnętrznego²⁶. Na tablicach informacyjnych znajdujących się na oddziale wyeksponowano dane teleadresowe Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz dyrekcji szpitala. W teczce dostępnej u pielęgniarki oddziałowej można było znaleźć informacje o Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka oraz kontakt do sądów sprawujących nadzór nad placówką.

50. **KMPT rekomenduje wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych dodatkowo danych teleadresowych instytucji, do których mogą zwrócić się pacjenci w przypadku naruszenia ich praw, m.in. Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, sądu sprawującego nadzór nad placówką, a także organizacji pozarządowych (np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka).**

51. Szpital prowadzi rejestr skarg, który był przechowywany w sekretariacie dyrektora w głównym budynku. Dyrekcja szpitala nie odnotowała jednak skarg pacjentów oddziału psychiatrycznego. W czasie rozmów z pracownikami oddziału informowali oni wizytujących, że pacjenci nie mieli zazwyczaj zastrzeżeń dotyczących funkcjonowania szpitala. W ocenie KMPT w tej sytuacji należy zachować czujność. Brak

²⁶ Zob. Means of restraint in psychiatric establishments for adults (Revised CPT standards), Strasbourg, 21 March 2017, CPT/Inf(2017) 6, § 12.

skarg nie musi bowiem wcale dowodzić pozytywnej sytuacji na oddziale. Jak podkreśla CPT, może to właśnie świadczyć o niebezpiecznym środowisku lub braku zaufania do systemu skargowego²⁷.

52. **W celu zwiększenia dostępu pacjentów do wewnętrznego mechanizmu skargowego Krajowy Mechanizm rekomenduje utworzenie skrzynek na skargi, w których pacjenci i inne osoby (pracownicy, osoby odwiedzające) będą mogli, w warunkach poufności, informować o ewentualnych problemach i nieprawidłowościach.** Dostępu do takiej skrzynki nie powinni mieć wszyscy pracownicy, lecz jedynie Dyrektor oraz wyznaczony przez niego pracownik. Skargi i inne sygnały zgłaszane tą drogą (w tym anonimowe zgłoszenia) powinny być odnotowywane w rejestrze skarg.

53. Pacjenci zwracali również uwagę, że nie mieli kontaktu z pełnomocnikami w ich sprawach²⁸. Zdarzało się, że nie wiedzieli, co dzieło się w ich sprawach, nikt nie wytłumaczył im, dlaczego znaleźli się w szpitalu i w jaki sposób mogą zakończyć hospitalizację. Z relacji personelu natomiast wynikało, że żaden pełnomocnik nie wnioskował o dokumentację medyczną pacjenta przebywającego na oddziale, a także nie odwiedzał pacjentów. Problem ten był już sygnalizowany KMPT w innej placówce²⁹.

E. Oddziaływania kulturalno-oświatowe i terapeutyczne

54. Jak ustaliła delegacja KMPT, oddziaływania terapeutyczne odbywały się od godziny 8:30 do 15. Nie odbywały się natomiast w godzinach popołudniowych oraz w weekendy i święta. Pacjenci nie mieli również dostępu do sali terapii zajęciowej, gdy nie było pracownika, który miałby nad nimi nadzór (znajduje się w niej bieżnia oraz stoły, przy których pacjenci mogliby spędzać wolny czas). Za minimum uznać należy zagwarantowanie pacjentowi, o ile pozwala na to jego stan zdrowia, przynajmniej jednej zorganizowanej aktywności każdego dnia³⁰. Wizytujący wielokrotnie słyszeli, że na oddziale po południu i w weekendy „jest nudno” i „nic się nie dzieje”.

55. **KMPT przypomina, że w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy pacjentom należy zapewnić również dostęp do zorganizowanych form**

²⁷ Zob. Dwudziesty Siódmy Raport Generalny CPT, CPT/Inf (2018) 4, § 91.

²⁸ Zob. art. 48 pkt 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

²⁹ Zob. 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, KMP.574.4.2023.KK.

³⁰ Zob. Raport CPT z wizyty w Kosowie, CPT/Inf (2021) 23, § 171 oraz Macedonii Północnej, CPT/Inf (2021) 8, § 174.

aktywności usprawniających ich adaptację społeczną³¹. Ponadto należy zapewnić zwiększenie środków w budżecie na terapię zajęciową, gdyż jak wynikało z uzyskanych informacji, kwota ta była niewystarczająca, co nie pozwalało na zakup koniecznych materiałów, z których korzystali uczestnicy terapii, np. artykułów biurowych/plastycznych. Wizytujący dowiedzieli się, że sklepy odmawiały współpracy z uwagi na zaległości finansowe szpitala, a jedyną możliwością uzyskania środków były organizowane dwa razy do roku świąteczne kiermasze wykonanych przez pacjentów rzeczy.

F. Personel

56. Na oddziale zatrudniony był tylko jeden psycholog i jeden terapeuta zajęciowy. Oboje pracowali od poniedziałku do piątku w wymiarze jednego etatu (7 godzin i 35 minut – od 8 do 15.30). Podczas godzin popołudniowych, weekendów, a także urlopu tych osób pacjenci nie mieli zapewnionych oddziaływań rehabilitacyjnych.

57. **W ocenie KMPT należy rozważyć obecność terapeuty zajęciowego w godzinach popołudniowych oraz w weekendy, a także zatrudnienie drugiego psychologa. Zwiększenie dostępności zajęć terapeutycznych uatrakcyjniłoby ofertę placówki i korzystnie wpłynęło na atmosferę w oddziale.**

58. Przedstawiciele KMPT pozytywnie ocenili wykształcenie personelu, jego doświadczenie i przygotowanie do pracy. Z uzyskanych informacji wynika jednakże, że podmiot leczniczy nie wspierał pracowników w ich rozwoju zawodowym, a także nie zapewniał zewnętrznych szkoleń przystosowanych dla osób pracujących w zawodzie obciążającym psychicznie. Szkolenie personelu jest mechanizmem zapobiegania torturom i budowy kultury organizacyjnej.

59. **Z tego też względu KMPT rekomenduje szkolenia z tematyki dotyczącej: rozwiązywania konfliktów, sposobów radzenia sobie ze stresem i agresją, wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku.**

60. Personel wiedział o istnieniu Protokołu stambulskiego³², jednak nie był zaznajomiony z jego treścią, a także nie znał jego praktycznego zastosowania. Podkomitet ds. Prewencji Tortur ONZ (SPT) podkreśla, że Protokół stambulski stanowi niezbędne narzędzie wykrywania, dokumentowania, zgłaszania i jako takiego

³¹ Zob. § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2014 r. w sprawie zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych (Dz. U. poz. 522).

³² Zob. Podręcznik dotyczący skutecznego dochodzenia i dokumentowania tortur oraz innego okrutnego, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania (wydanie z 2022 r.), dostępny na stronie: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-protokol-stambulski-nowa-wersja-tlumaczenie-ms-odpowiedz-kolejna>.

powstrzymywania tortur i złego traktowania³³. Nie tylko pomaga we wczesnej identyfikacji ofiar i dokumentowaniu traumy, ale również w ocenie potrzeb i dostosowaniu do nich odpowiedniej opieki³⁴.

61. **KMPT rekomenduje przeszkolenie pracowników z Protokołu stambulskiego.**

62. Personel nie miał również 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.

63. **W związku z powyższym KMPT rekomenduje zapewnienie pracownikom takiej formy konsultacji.**

VI. Więźniowie na oddziałach psychiatrycznych

64. Z informacji uzyskanych od personelu szpitala wynikało, że na oddział psychiatryczny trafiali osadzeni z zakładów karnych i aresztów śledczych. Ich zdaniem powodem tego stanu jest niewystarczająca liczba szpitali i oddziałów więziennych, w których zapewnia się osadzonym opiekę psychiatryczną³⁵. Z uzyskanych informacji wynika również, że był to spory problem dla organizacji pracy oddziału, a także dla zapewnienia komfortu pacjentom. Osadzeni przebywali na oddziale razem z funkcjonariuszami Służby Więziennej, a nie zawsze istniała możliwość, aby taki pacjent dostał pokój jednoosobowy. Funkcjonariusze przebywali więc na sali wraz z innymi pacjentami. Taka sytuacja powodowała, że pacjenci często bali się umundurowanego funkcjonariusza.

65. Z informacji od personelu wynikało również, że funkcjonariusze nadużywają wobec pacjentów kajdanek. Pacjenci mieli mieć je założone na ręce praktycznie przez całą dobę, w tym w nocy, w czasie badań i terapii. Mieli być też przykuwani do łóżek. Ponadto zasadą było, że funkcjonariusze są obecni w pomieszczeniu w czasie świadczeń zdrowotnych i terapii.

³³ Zob. Uwagi i zalecenia SPT przedstawione w raportach z wizyt w: Polsce [CAT/OP/POL/ROSP/1, § 55], Wielkiej Brytanii [CAT/OP/GBR/ROSP/1, § 69 i 71], Portugalii [CAT/OP/PRT/1, § 34, 89, 93], Hiszpanii [CAT/OP/ESP/1, § 46, 63-64, 70].

³⁴ Zob. również wspólne oświadczenie CAT, SPT, Specjalnego Sprawozdawcy ds. Tortur i Rady Powierniczej Dobrowolnego Funduszu ONZ na rzecz Ofiar Tortur z dnia 25 czerwca 2019 r., dostępne na stronie: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24739&LangID=E>.

³⁵ Obecnie w Polsce znajdują się cztery oddziały psychiatryczne przy Aresztach Śledczych: w Szczecinie, w Poznaniu, w Krakowie oraz w Radomiu. Zob. zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 31 stycznia 2013 r. w sprawie nadania statutów podmiotom leczniczym dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. MS z 28.12.2023 r. poz. 235).

66. CPT podkreśla, że szczególne środki bezpieczeństwa mogą być czasami wymagane, gdy personel medyczny odczuwa zagrożenie. Jednakże nie ma żadnego uzasadnienia dla faktu, że funkcjonariusze są systematycznie obecni podczas takich badań. Ich obecność jest szkodliwa dla nawiązania prawidłowych relacji lekarza z pacjentem i zwykle zbędna z punktu widzenia bezpieczeństwa. W ocenie Komitetu można i należy znaleźć alternatywne rozwiązania w celu pogodzenia zasadnych wymogów bezpieczeństwa z zasadą tajemnicy lekarskiej. Takim rozwiązaniem może być instalacja systemu przywoławczego, aby lekarz mógł szybko zaalarmować funkcjonariuszy w tych wyjątkowych przypadkach, kiedy pacjent staje się niespokojny lub groźny podczas badania lekarskiego³⁶.

67. W odniesieniu do kajdanek CPT wskazuje, że ich stosowanie podczas badań jest praktyką naruszającą godność więźnia, utrudniającą rozwój właściwej relacji lekarza z pacjentem i szkodliwą dla obiektywnych ustaleń medycznych³⁷.

68. W ocenie KMPT przykuwanie pacjentów kajdankami do łóżek jest praktyka poniżająca, która powinna zostać jak najszybciej wyeliminowana. Ponadto każdy przypadek użycia środków przymusu bezpośredniego powinien być oparty na należytej umotywowanej i udokumentowanej indywidualnej ocenie i dostosowany do poziomu ryzyka stwarzanego przez pacjenta.

69. KMPT rekomenduje również zapewnienie poufności konsultacji z personelem medycznym i psychologiem, chyba że personel wyraźnie poprosi o asystę funkcjonariuszy.

70. Od 2016 r. Rzecznik Praw Obywatelskich występuje do Ministrów Sprawiedliwości oraz Zdrowia o stworzenie podstaw prawnych dla umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym o odpowiednim stopniu zabezpieczenia osób, którym sąd penitencjarny udzielił obligatoryjnej przerwy w wykonaniu kary pozbawienia wolności z powodu choroby psychicznej, a które stanowią bezpośrednie zagrożenie dla życia i zdrowia swojego oraz innych osób³⁸. Jeżeli stan zdrowia oskarżonego tego wymaga, tymczasowe aresztowanie może być wykonywane tylko w postaci umieszczenia w odpowiednim zakładzie leczniczym, w tym w zakładzie psychiatrycznym³⁹. Jednakże na oddziałach psychiatrii sądowej brakuje miejsc, a oddziały psychiatryczne w zakładach karnych mają nierównomierne obłożenie, co skutkuje przenoszeniem pacjentów na oddziały ogólnopsychiatryczne do innych szpitali. Ministerstwo Sprawiedliwości stało na stanowisku, że zgodnie z przepisami

³⁶ Zob. Raport CPT z wizyty w Polsce w 2009 r., [CPT/Inf (2011) 20], § 123.

³⁷ Zob. Raporty CPT z wizyt w Polsce [CPT/Inf (2018) 39, p. 79] i w Czechach [CPT/Inf (2019) 23], § 70.

³⁸ Zob. Wystąpienie generalne RPO z 17 sierpnia 2019 r., IX.517.570.2016.

³⁹ Zob. art. 260 ustawy z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 37).

prawa osoby odbywające karę pozbawienia wolności mogą być przyjmowane na oddział ogólnopsychiatryczny do placówki, która nie jest w systemie więziennym⁴⁰.

VII. Traktowanie osób zatrzymanych przez funkcjonariuszy Policji

71. Z uzyskanych informacji wynikało, że standardem było doprowadzanie przez Policję pacjentów do szpitala skutych kajdankami z przodu. 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 lub wykorzystania, proporcjonalnie do stopnia zagrożenia, wybierając środek o możliwie jak najmniejszej dolegliwości⁴¹.

72. KMPT wielokrotnie podkreślało, że profilaktyczne stosowanie kajdanek nie zawsze jest konieczne⁴². Nie w każdej bowiem sytuacji ich użycie jest adekwatne do rzeczywistego zagrożenia stwarzanego przez osobę zatrzymaną. Jest tak szczególnie wtedy, gdy osoba zatrzymana nie stawia oporu, nie jest agresywna, towarzyszy jej kilku funkcjonariuszy Policji lub znajduje się ona w bezpiecznym miejscu (np. w zamkniętym pojeździe policyjnym lub budynku dysponującym specjalnymi zabezpieczeniami ochronnymi). Ponadto kajdanki stanowią środek inwazyjny, którego stosowanie może być niebezpieczne, np. gdy są mocno zaciśnięte (może wtedy dojść do uszkodzeń kończyny czy obtarć), a także w trakcie transportu (ograniczają zdolność zatrzymanej osoby do ochrony przed ewentualnym wypadkiem⁴³).

73. W 2022 r. Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji o nowelizację przepisów i odejście od stosowania kajdanek wobec osób z zaburzeniami psychicznymi⁴⁴.

⁴⁰ Zob. Wystąpienie generalne RPO do Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z 8 czerwca 2020 r., IX.517.777.2019.

⁴¹ Zob. art. 6 ustawy z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 383).

⁴² Zob. Raport RPO z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur za rok 2022, s. 170, https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2023-11/Raport_roczny_KMPT_2022_dostepny.pdf.

⁴³ Tamże, s. 54.

⁴⁴ Wystąpienie generalne RPO do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 11 kwietnia 2022 r., II.574.1.2022.PZ, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-do-mswia-zaburzenia-psychiczne-kajdanki-przymus-bezposredni-odpowiedz>.

VIII. Zalecenia

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

a) **Dyrektorowi Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce:**

1. Zaprzestanie stosowania odpowiedzialności zbiorowej;
2. Przypomnienie personelowi o konieczności każdorazowego kontrolowania stanu unieruchomionych pacjentów, nie rzadziej niż co 15 minut;
3. Uczulenie personelu, aby starali się przekonać pacjenta do porannej zmiany piżamy na wygodne i czyste ubranie;
4. Zakupienie jednorazowej bielizny oraz przeprowadzenie selekcji ubrań zebranych dla pacjentów;
5. Zakupienie jednorazowych produktów higienicznych dla kobiet;
6. Przeprowadzenie generalnego remontu oddziału psychiatrycznego;
7. Wymianę drzwi w pokojach pacjentów;
8. Zapewnienie pacjentom szafek do przechowywania rzeczy osobistych;
9. Zapewnienie pacjentom sprawnie działającego telewizora i zmianę jego lokalizacji;
10. Częściowe zadaszenie patio;
11. Zainstalowanie instalacji alarmowo-przyzywowej we wszystkich pomieszczeniach użytkowanych przez pacjentów (zarówno w pokojach, jak i w toaletach);
12. Dostosowanie placówki do potrzeb osób z niepełnosprawnościami podczas najbliższych remontów i modernizacji;
13. Wyeksponowanie w przestrzeniach wspólnych danych teleadresowych instytucji, do których mogą zwrócić się pacjenci w przypadku naruszenia ich praw, m.in. Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, sądu sprawującego nadzór nad placówką, organizacji pozarządowych (np. Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka);
14. Utworzenie skrzynek na skargi, w których pacjenci i inne osoby (pracownicy, osoby odwiedzające) będą mogli, w warunkach poufności, informować o ewentualnych problemach i nieprawidłowościach;
15. Zapewnienie pacjentom dostępu do zorganizowanych form aktywności usprawniających ich adaptację społeczną – w godzinach popołudniowych i w dni wolne od pracy;
16. Zwiększanie liczby instruktorów terapii zajęciowej w celu zapewnienia ciągłości prowadzonych oddziaływań terapeutycznych;

17. Zatrudnienie drugiego psychologa;
18. Zapewnienie materiałów niezbędnych do terapii zajęciowej;
19. Zapewnienie możliwości robienia zakupów przez pacjentów;
20. Włączenie do szkoleń pracowników następującej tematyki: prawidłowego i bezpiecznego stosowania przymusu bezpośredniego, praktycznego stosowania Protokołu stambulskiego, rozwiązywania konfliktów, sposobów radzenia sobie ze stresem i agresją, wypalenia zawodowego oraz metod przeciwdziałania temu zjawisku;
21. Zapewnienie pracownikom regularnej superwizji.

b) Dyrektorowi Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia:

1. Ponowną analizę potrzeb dotyczących liczby zakontraktowanych miejsc na oddziale psychiatrycznym Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce.

c) Marszałkowi Województwa Mazowieckiego:

1. Udzielenie szpitalowi wsparcia finansowego niezbędnego do realizacji powyższych zaleceń.

d) Dyrektorowi Okręgowemu Służby Więziennej w Warszawie:

1. Wyeliminowanie praktyki przykuwania pacjentów kajdankami do łóżek;
2. Zapewnienie, że kajdanki nie są nadużywane i są stosowane tylko, gdy wyraźnie uzasadnia to ocena ryzyka w indywidualnym przypadku;
3. Zapewnienie poufności konsultacji z lekarzem oraz psychologiem, chyba że personel wyraźnie poprosi o asystę funkcjonariuszy.

Opracowała: Sylwia Kozarzewska

Za Zespół podpisuje:

Katarzyna Kopystyńska

Zastępczyni Dyrektora Zespołu

/-wydano i podpisano elektronicznie/